CONSTANTIN OANCEA

TEHNICI DE SFĂTUIRE/CONSILIERE

CUPRINS

Cuvânt înainte 7
Cap. I. Importanța sfătuirii 9
Cap. II. Definiția și caracteristicile sfătuirii, învățarea sfătuirii 23
Cap. III. Istoricul sfătuirii 47
Cap. IV. Calitățile unui profesionist în sfătuire 61
Cap. V. Relația terapeutică 70
Cap. VI. Evaluarea și pregătirea intervenției 98
Cap. VII. Ascultarea 106
Cap. VIII. Prelucrarea psihoterapică 135
Cap. IX. Abordarea problemelor 145
Cap. X. Echilibrarea emoțiilor 170
Cap. XI. Prelucrarea gândirii 222
Cap. XII. Metode adiacente de intervenție 258
Cap. XIII. Metode de abilitare a conduitei 284
Bibliografie 331

activează clientul în mod constructiv, pozitiv, înarmându-l cu capacitatea de a face opțiuni, de a cântări existența în raport cu nevoile sale, recunoscute acum ca atare, și de a găsi el însuși soluțiile cele mai potrivite.

Profesiunea medicală, avidă de noutăți, s-a grăbit să adopte această achiziție modernă care este sfătuirea. Ea poate reduce sau elimina multe din obstacolele neprevăzute din calea dialogului medic-pacient, punând la dispoziție modalități eficiente de comunicare și influențare. Cartea este adresată în primul rând profesioniștilor investiți cu comunicarea: medici, psihologi, asistente medicale și sociale. Ea corespunde, de asemenea, nevoilor celor care lucrează în alte profesiuni ce vin în "atingere" cu omul.

Seminarii pasionante, petrecute de-a lungul celor cinci ani ai cursului, au adus la lumină o bogăție de observații și reflecții asupra a ceea ce se întâmplă pe meleagurile noastre în acest domeniu. S-au conturat câteva dintre trăsăturile clientului obișnuit, așteptările și comportamentul său, stilul profesioniștilor noștri și modalitățile în care se practică sfătuirea la noi în țară. Ele vor pigmenta paginile acestei lucrări, reamintind că succesul depinde în bună măsură de cunoașterea psihologiei locale, atât a persoanelor sănătoase, echilibrate, cât și a celor aflate în situații grele, în postura de persoană neajutorată chiar de boală, reflectată în comportamentul "de bolnav". Modul lor de relaționare cu instituțiile comunitare este frecvent marcat de resentimente adânc implantate în inconștientul personal sau colectiv, ceea ce face ca întâlnirile cu persoanele de ajutor să nu fie întotdeauna line, chiar dacă intențiile ambelor părți sunt cât se poate de frumoase.

Cartea de față se dorește formativă, dar pentru a atinge acest deziderat, lectura și însușirea noțiunilor de bază din cuprinsul său sunt insuficiente. Ele trebuie completate cu un volum suplimentar de muncă, menit să creeze experiența și abilitățile prin contact direct cu realitatea, mediat la început de vizionări de casete video sau alte înregistrări, de exerciții, de simulare, de evaluarea altor intervenții, de împărtășirea ideilor și a trăirilor generate. Va urma apoi experiența directă, "inițierea propriu-zisă", care marchează începutul practicii; primele cazuri pentru tinerii veniți de pe băncile școlii sau, vai, lucrul cel mai greu pentru cei mai în vârstă, remodelarea unui stil intrat deja în sânge și care, nu de puține ori, refuză să se supună noilor percepte. Va fi greu dar pasionant pentru fiecare dintre noi. Pentru a ușura drumul, cartea cuprinde în cadrul fiecărui capitol o seamă de sugestii referitoare la activitatea practică.

Bucuria cunoașterii, a înțelegerii firii umane cu nevoile sale, adesea ascunse atât de adânc, timidele reușite al căror secret va trebui să-l descoperim prin rațiune, vor reprezenta destule răsplăți pentru aceste eforturi. Timpul, înaintarea în experiență, vor aduce însă satisfacția cea mai mare: aceea de a fi devenit un profesionist.

CAPITOLUL I
DE CE AM ALES UN CURS DE SFĂTUIRE?

Sfătuirea sau consilierea a devenit în ultimele decenii un mijloc eficient de sprijinire în momente grele pentru o largă categorie de persoane a căror existență a devenit dificilă prin situații și obstacole de netrecut în raport cu resursele limitate, cunoștințele și strategiile individuale nepotrivite.

Extinderea acestei metode a corespuns și creșterii vulnerabilității psihologice și sociale datorată unei multitudini de cauze, în care, la loc de frunte se situează starea de nesiguranță existențială, schimbările socio-economice profunde și rapide, solicitările excesive (devenite astăzi "banale"), exacerbarea așteptărilor de succes social într-o lume competitivă și larg mediatizată și, în raport cu ele, frecventele eșecuri. Prin sfătuire au început să fie abordate următoarele teme: problematica familială, sexuală, a consumului excesiv de substanțe psihoactive, adaptarea la stress, îmbunătățirea calității vietii, orientarea socio-profesională și multe alte aspecte ale existenței.

1. 1. SFĂTUIREA ȘI MEDICINA

1.1.1. Introducere. Prin însăși atributele profesiunii, medicii sunt investiți cu datoria de a-și influența pacienții. Conținutul terapiilor non-farmacologice, dar și al celor farmacologice se completează prin înțelegerea și suportul psihologic adresat persoanelor care vin să ceară ajutor: pacienții și familiile lor. Ajutorul se concretizează în prescripții și sugestii referitoare la viitorul stil de viață și, foarte frecvent, în critici referitoare la existența anterioară. Cardiacii, hepaticii, epilepticii sunt câteva din exemplele practicii medicale de fiecare zi.

Luând în considerare îmbunătățirea transmiterii acestor noțiuni, în care piesele fundamentale sunt stilul de comunicare și trăinicia relației medic-pacient, Organizația Mondială a Sănătății [1993, 1996] a propus introducerea obligatorie a tehnicilor de comunicare și sfătuire în programa analitică, încă din timpul facultății. Au fost delimitate două trepte, cea pentru începători, corespunzând studenților, și cea pentru avansați, corespunzătoare formării postuniversitare. Cel puțin pentru profesioniștii de sănătate mintală, sfătuirea reprezintă un mijloc obișnuit de intervenție, ce se împletește cu celelalte tehnici terapeutice, fără a avea pretenția de a le înlocui. De altfel, OMS [1994] consideră consilierea terapeutică/terapie suportivă drept cea mai răspândită metodă terapeutică non-farmacologică în psihiatrie și o recomandă ca atare.

Cercetări asupra stilului de comunicare al medicilor generaliști [L. Gask și alții 1987] au arătat dominanța întrebărilor directive, închise, prea generale, despre

"stress", fără referiri la stilul de rezolvare a problemelor, sfaturi inconsistente, comentarii nepotrivite. Ca urmare a pregătirii suplimentare în domeniu, a crescut semnificativ rata întrebărilor cu referiri psihosociale, a comentariilor clarificatoare, o îmbunătățire generală a capacității de a defini problemele generale ale pacientului și o reducere a întrebărilor închise.

1.1.2. Dificultăți în sfătuirea medicală. În mod obișnuit, o bună parte din prescripțiile și sfaturile medicale sunt încălcate sau, și mai rău, ignorate. Asemenea abateri se datorează, între altele, neluării în considerație a regulilor de acordare a sfaturilor și ignorării nevoilor bolnavilor, clienților și familiilor lor [A. Maslow, 1948]. Printre nevoile specifice situației de bolnav se află, alături de cele de îngrijire, cele de suport afectiv, de sfătuire/consiliere [OMS 1988] și cele de informare, care permit înțelegerea situației generate de boală.

Într-un studiu recent, Ioana Gherman [1994] evidențiază amploarea dorinței de informare a familiilor cu copii și adolescenți internați într-o secție de termen scurt de neuropsihiatrie infantilă. Procesul de informare medic-pacient/familie este ceva mai complicat decât o simplă prezentare de date științifice. În foarte multe cazuri și, îndeosebi, în cele cu evoluție îndelungată, datele oferite de profesioniști sunt confruntate cu prezumțiile, convingerile și așteptările deja elaborate de către familie sau/și client, ca rezultat al contactelor anterioare cu alte surse de informare și propriile trăiri adesea înșelătoare. Convingerile lor despre boală, mecanismele și mijloacele sale de tratament, deși exprimă asimilări fragmentare și prelucrări distorsionate ale datelor științifice și ale opiniilor din comunitatea respectivă, au devenit bunuri proprii prețioase, a căror pierdere este greu de acceptat.

Din analiza insucceselor relative sau absolute înregistrate în practica medicală se desprind câteva posibile explicații. Vom evidenția, în continuare, mai multe cauze care conduc la o calitate necorespunzătoare a sfaturilor propriu-zise:

- Formulare confuză. Aceasta duce la inaplicabilitatea sfaturilor în practică; de exemplu, sugestia de a evita stresul, oferită multor bolnavi ulceroși sau hipertensivi.
- Totala contradicție cu nevoile persoanei, ca, de exemplu, recomandarea de repaus absolut cu interdicția de mișcare, adresată unor copii hiperkinetici.
- Solicitări prea mari de schimbare a existenței, aparent corecte, dar care au șanse reduse.
- Acțiuni de pus în practică, cum ar fi: despărțirea de familie, mutarea în alte localități etc., care pot veni în contradicție cu dorințele ascunse ale subiecților.
- Stilul inadecvat de prezentare a sfaturilor și prescripțiilor. Acesta poate fi prea brutal, manipulator sau, din contră, lipsit de convingere.
- Impunerea unor medicații care încalcă dorințele pacientului/familiei în ceea ce privește utilizarea anumitor preparate neagreate datorită prejudecăților,

fricii sau experienței prealabile în care au apărut reacții adverse, neplăcute. Este de menționat faptul că, în Japonia, de exemplu [J. Sartorius 1994], dorințele pacientului devin lege. În această țară, dacă la 3 zile de la începerea unui tratament, nu se înregistrează efecte pozitive, pacientul poate cere schimbarea preparatului, iar în caz de refuz din partea medicului, se va duce fără drept de apel la altul. De principiu, este bine să se cunoască preparatele față de care bolnavul are rezerve pentru a se evita reacțiile secundare de natură psihică, fobiile ce activează răspunsuri aparent paradoxale.

- Relația defectuoasă dintre terapeut și client. Aceasta poate apărea datorită inabilității de a crea o legătură de ajutor precum și a ignorării succesiunii etapelor procesului de sfătuire. Ele pot deveni obstacole majore în asimilarea sugestiilor terapeutice. Ajutorul este mult mai ușor de acceptat dacă survine în cadrul unei relații de încredere, este oferit la momentul potrivit și este formulat într-un limbaj accesibil. O relație terapeutică de succes presupune o bună stăpânire a tehnicilor de relaționare, a celor de comunicare și a celor de ajutor.
- Slaba aderență la tratament *(compliance)* din partea clientului. Este de remarcat că aceasta reprezintă o variabilă aparent paradoxală. Definită pentru a explica interesul pozitiv [G. Ionescu 1985, R. Feldman 1990] sau refuzul conștient sau inconștient de a pune în practică tratamentul prescris de către cel care l-a solicitat, aderența la tratament (sau complianța - barbarism românesc) este rezultanta unor variabile ce adesea nu au vreo legătura cu natura bolii sau conținutul tratamentului [I. B. Iamandescu 1997]. Ele țin de personalitatea bolnavului, de adoptarea sau nu a rolului de bolnav, de fricile și convingerile sale dar și ale familiei sale, de conflictele sale, de mecanismele sale de apărare, de relația cu terapeutul.

Fobia de medicamente a multor bolnavi nu se corelează numai cu toxicitatea și riscurile prezumate ale preparatelor respective ci și cu efectul de modificare a personalității, iar în cazul psihotropelor, mai ales cu efectul imediat, adesea neplăcut. Neaderența (non-compliance) la tratament poate îmbrăca semnificații mai complexe.

Vom descrie două cazuri care atestă acest fapt.

Una dintre pacientele venite pentru o lungă suferință nevrotică, pensionată medical, deși era tânără, era intrigată de faptul că, internându-se într-o secție de neurologie, i s-a promis și aplicat un tratament anxiolitic și antidepresiv forte, dar după aplicare s-a simțit mai neliniștită, fapt ce l-a determinat pe medic să mărească progresiv dozele. În aceeași măsură, pacienta a devenit mai neliniștită și, deși s-au atins dozele maxime admisibile, starea ei s-a înrăutățit vizibil, concomitent cu cea a medicului curant, care nu mai știa ce să facă. Bolnava s-a externat și, mergând la un alt terapeut, acesta a concluzionat că ideea de tratament forte a fost mai anxiogenă decât efectul chimic real al preparatelor respective, iar înspăimântarea

clientei a crescut pe măsura măririi dozelor. Propunerea de a se scoate toate medicamentele a dus la reducerea substanțială a stării de anxietate, în schimb s-a început un tratament psihoterapic cu bune rezultate. În final clienta s-a reangajat și și-a reluat viața obișnuită, recurgând câteodată la anxiolitice minore în perioadele de stress existențial excesiv, dar numai o dată, de două ori pe an.

O altă pacientă, cu o lungă suferință psihosomatică și depresivă, la care majoritatea preparatelor au avut rezultate modeste sau de scurtă durată, paradoxale, povestea că, pentru ea, actul de înghițire a medicamentelor reprezenta un supliciu. Cu mai mult de o oră înaintea momentului de administrare devenea neliniștită, încordată, simțea o tensiune abdominală și chiar crampe, numai la gândul că în scurtă vreme va trebui să le accepte. La scurt timp după înghițirea pastilelor respective, pacienta intra într-o stare de depresiune mult mai accentuată, asociată cu crampe abdominale mult mai severe. Dacă nu lua medicamentele, se simtea vinovată. Fiecare zi era un chin, ritmat de asemenea momente. Pentru a atenua chinul, căuta tot timpul să reducă doza sau să schimbe preparatele, însa fără succes. În convingerea sa, acceptarea și înghițirea medicamentelor reprezentau acte de supunere, de umilință necondiționată, de înjosire față de alții, de medicii care nu au acordat niciodată atenție opiniilor și preferințelor sale, situație trăită ca insuportabilă de către o persoană orgolioasă, ascunsă sub masca timidității.

1.1.3. Conceptul de client. O variabilă fundamentală a succesului în sfătuire și, în general, în psihoterapie o reprezintă poziția echilibrată în cadrul cuplului pacient-terapeut. Astăzi (și, poate, din totdeauna), pacientul aspiră la poziția de co-terapeut, depășind subordonarea creată de orice proces de ajutor. În ultimele decenii, în concordanță cu ampla mișcare pentru drepturile omului amorsată de cel de-al doilea război mondial și prin dezvoltarea eticii medicale, a fost modificat modelul tradițional, venindu-se astfel în întâmpinarea dorințelor pacientului. Acesta a câștigat dreptul de a i se acorda importanță, nu numai ca bolnav, ci și ca persoană cu experiență, care are propriile opinii și dorințe, cel puțin în privința afecțiunii sale.

Odată cu renunțarea la autoritatea incontestabilă și necondiționată a terapeutului "clasic", care decidea așa cum credea el de cuviință, s-a creat un nou echilibru, doar aparent mai fragil.

Evoluțiile raporturilor medic/personal medical versus pacient/familia sa au fost consemnate în documente internaționale cu valoare de lege. Inițiate la pacienții de medicină generală [1977], modificările au fost extinse la cei cu tulburări psihice prin Charta drepturilor bolnavilor psihici, adoptată de Adunarea generală a ONU [1992].

Charta bolnavului ce utilizează spitalul, adoptată, la 9 mai 1979, de către Comisia Spitalelor de pe lângă Comunitatea Economică Europeană, este expresia

drepturilor individuale și fundamentale ale oricărei persoane în momentul în care aceasta intră în contact cu spitalul, și anume, dreptul la autodeterminare, la informare, la protecția vieții sale private, la libertatea religioasă și filosofică.

Se stipulează și îndatorirea de a-l face pe bolnav conștient de existența acestor drepturi și de dreptul pe care îl are de a le revendica. Cele mai importante drepturi se regăsesc și în Declarația asupra drepturilor bolnavului, adoptată de Asociația Medicală Mondială, la Lisabona [1981] și care se referă la:

- dreptul de a fi ingrijit în respectul demnității sale umane. Această formulare înglobează nu numai îngrijirile medicale, infirmiere și altele analoage, ci și o solicitudine, o cazare și o încadrare tehnică și administrativă adecvată a așezămintelor medicale;
- dreptul de a accepta sau de a refuza orice prestație de diagnostic sau de tratament. Atunci când un bolnav este complet sau parțial incapabil (prin lege sau de facto) să-și exercite acest drept, acesta poate fi pus în practică prin rudele sale sau printr-o persoană legal desemnată;
- dreptul de a fi informat în ceea ce privește starea sa. Informația dată trebuie să permită bolnavului să obțină un raport complet asupra tuturor aspectelor medicale și a altora legate de starea sa și de a lua, el însuși, deciziile sau de a participa la luarea lor, exceptând cazurile în care nu este în măsură să o facă (comă, demență etc.).

Aplicarea noilor concepte pare să fie mai ușoară și este de înțeles în practica privată dar mult mai dificilă în cadrul medicinii de stat, chiar și în condiții ambulatorii. Ea devine foarte complicată la cei internați, mai ales în cazul persoanelor care și-au pierdut discernământul.

Conceptul de client creează o nouă perspectivă, transformând personalul de îngrijire într-un furnizor de servicii, ceea ce reduce substanțial din poziția de "salvator", investit cu puteri adesea supranaturale. Acest fapt a fost resimțit ca frustrant de către unii profesioniști. S-ar pierde din acea "trăire benefică" de căutare și solicitare a unui ajutor cu valențe charismatice, din acea "credință" care are efecte vindecătoare și care, pentru unii, ar fi specifică poporului român. În situația de furnizor de servicii se prefigurează o poziție de egalitate, dacă nu de oarecare dependență a personalului medical față de viitorul client. Totodată, se creează obligații și un stil de conduită precis statuat (vezi codurile deontologice), diferite de cele ale binefacătorului "pur". O parte dintre obligațiile medicale au fost formulate de însuși Hippocrates, dar ele s-au completat în timp. În Charta drepturilor pacienților, noțiunea de "informare" se referă la furnizarea de date complete și corecte asupra conduitei de urmat, a soluțiilor, a remediilor posibile dar și asupra alternativelor reprezentate de alte tratamente, de alte instituții, de alte persoane, poate mai competente în domeniul respectiv, pe care suntem obligați să le semnalăm.

Decizia terapeutică şi conţinutul său apar drept rezultate ale înţelegerii dintre medic/terapeut şi pacient/familie care iau în considerare preferinţele şi opţiunile clienţilor, ceea ce îmbunătăţeşte considerabil aderenţa la un tratament convenit împreună. În acest context se înscrie şi dreptul pacientului de a întrerupe tratamentul în orice moment. Schimbul de opinii în perioada formulării tratamentului poate să implice un adevărat proces de negociere, ceea ce favorizează "implicarea", considerată ca o importantă premiză favorabilă în câştigarea şi menţinerea sănătăţii [P. Oakley 1989]. De aici a apărut şi conceptul de "parteneriat", ce defineşte relaţia medic/pacient în medicina modernă şi, mai ales, în psihoterapie.

Contractul terapeutic, asemănător oricărui alt tip de act de acest gen, defineşte procesul de intervenţie în termeni clari, cu menţionarea datoriile ambelor părţi, inclusiv cele ale clientului, mai ales în privinţa activităţilor de efectuat pe cont propriu acasă, în intervalul dintre şedinţele comune psihoterapeutice, recuperatorii sau de altă natură. Definirea unor obligaţii foarte precise în afara luării medicamentelor, cum ar fi: exerciţii sau teme scrise, îl pune pe pacientul, devenit partener, într-o poziţie activă, de persoană angajată în recâştigarea propriei sănătăţi, cu obligaţii precis asumate şi reduce povara specialistului, care nu mai trebuie "să facă totul" în scurtul interval al unor şedinţe terapeutice.

În sfera noastra culturală, poziţia activă a clientului este neuzuală, oamenii fiind obişnuiţi "să fie trataţi", nu să se străduiască, să "muncească" singuri pentru a-şi recâştiga echilibrul mintal şi fizic.

1.1.4. Indicaţiile sfătuirii în medicină au crescut pe măsura tehnicizării sale dar şi a definirii unor componente psihogene în etiopatogenia a numeroase afecţiuni. În fapt, pentru majoritatea pesoanelor cu afecţiuni somatice, se conturează momente controversate de indecizie, situaţii cu mare încărcătură psiho-traumatizantă în care este nevoie de o intervenţie tip sfătuire mai specializată îndeosebi în endocrinologie, dermatologie, medicină internă, ginecologie şi pediatrie.

În psihiatrie, sfătuirea terapeutică [OMS, 1993] este una din metodele de elecţie cu valenţe psihoterapice în următoarele categorii de afecţiuni:

- cele reactive, sau cu componente reactive, legate în principal de o existenţă încărcată de stress, depresii, tentative de suicid, tulburări nevrotice, dezadaptarea socială. La ele se adaugă toxicomaniile, îndeosebi alcoolismul. Complexitatea problematicii alcoolicului cronic şi cerinţele delicate ale relaţiei terapeutice au dus la crearea unui stil specific de intervenţie şi la edificarea specialităţii de "sfătuitor în alcoolism";
- câmpul vast al suferinţelor legate de condiţia de bolnav cronic disabilitat prin deficienţe mintale, neurologice sau fizice, de exemplu ortopedice, oferă azi importante obiective pentru acţiunea de sfătuire menită să medieze adaptarea la noua condiţie socială şi să favorizeze utilizarea resurselor personale restante sau a

celor familiale. Implicarea tot mai profundă a familiei, până la a deveni coterapeut, a dat rezultate foarte bune şi a creat resurse suplimentare, ce nu pot fi neglijate, în domenii în care societatea are posibilităţi şi un interes limitat.

- în psihoze, perspectiva psiho-educaţională tinde să influenţeze favorabil evoluţia bolii, reduce riscul de recădere şi îmbunătăţeşte calitatea adaptării sociale şi a vieţii printr-o intervenţie activă, sistematică şi ţintită. Împreună cu medicaţia de depozit, ea tinde să ajute bolnavul şi familia sa în a se descurca mai eficient faţă de dezavantajul creat de boală şi să îl protejeze faţă de vulnerabilităţile sale bine-cunoscute;
- în multe afecţiuni psihice sau de altă natură, creşterea abilităţilor sociale prin intermediul unor acţiuni de sfătuire sau înrudite poate duce la îmbunătăţirea relaţiilor conjugale, rezolvarea disfuncţiilor sau dizarmoniilor sexuale, învăţarea rezolvării conflictelor, armonizarea raporturilor părinte-copil;
- în patologia neuropsihiatrică a copilului şi adolescentului, implicarea părinţilor în procesul terapeutic a devenit tot mai importantă. Părinţii pot să-şi corecteze atitudinile educaţionale faţă de copiii lor aflaţi în dificultate, dar în cazul unor stări defectuale ale clientului ei nu pot să realizeze integral sarcinile unui program prea complicat de învăţare-educare, care împiedică sau interferează cu realizarea atmosferei senine şi pozitive, propice unui proces de învăţare de succes, purtând povara unor trăiri foarte amestecate: dragostea şi impulsul natural către protecţie, frica de nereuşită, amintirea eşecurilor anterioare, vinovăţii şi resentimente, lipsa de cunoştiinţe pedagogice. De aceea, programele pentru părinţi pot completa pe cele ale unor instituţii educaţionale, dar nu pot să le înlocuiască complet. În schimb, încărcarea excesivă cu sfaturi şi sarcini ca şi culpabilizarea familiei poate să genereze efecte adverse, tensiune, agresivitate şi, în final, ruptura cu profesioniştii prea exigenţi;
- sfatul genetic, atât de necesar, s-a dezvoltat în ultimele decenii în respectul deplin al celor sfătuiţi într-o orientare non-directivă [D. Wertz 1990].

1.2. SFĂTUIREA ŞI EDUCAŢIA

1.2.1. Practica actuală. Dacă elevii şi familiile lor se găsesc apriori într-o poziţie de oarecare vulnerabilitate, practica a arătat că şi educatorii se pot afla în situaţii dificile, mai ales dacă modelul pedagogic este inadecvat. Poziţia clasică, de autoritate, infailibilă a profesorului, însoţită de distanţarea corespunzătoare faţă de elevi, pare tot mai depăşită de modelele interactive care marchează stilul democratic, al cărui prim element este dialogul.

Acest aspect este impus de întregul curs al societăţii moderne. Ţara noastră, ca de altfel toate ţările, se află într-o anumită criză pedagogică, marcată de dorinţa de afirmare şi participare socială a noilor generaţii, începând de la vârste mult mai mici

decât înainte. Adesea, solicitările sau "deschiderile" elevilor sunt departe de a fi ortodoxe, cel puţin ca stil, ceea ce creează panică printre educatorii neobişnuiţi să fie puşi în situaţii noi, adică de a suporta critica, protestul sau chiar provocarea deschisă.

A asculta lucruri neconvenabile este un lucru dificil când eşti plasat într-o poziţie de autoritate. La inabilitatea de comunicare deschisă şi echilibrată, fără emoţii, onestă, se adaugă frecvent şi slabul respect faţă de tinerii care au nevoie să fie ascultaţi şi înţeleşi şi trebuie să aibă şi ei un cuvânt de spus. Discursurile autoritare ale educatorilor, care se doresc adesea fără replică, maschează neîncrederea în virtuţile echilibratoare şi maturizante ale dialogului.

Stilul autoritar cultivă cu obstinaţie conformismul social ca valoare supremă, ceea ce duce la pierderea tocmai a grupului de elevi cu personalitate accentuată, care ar necesita o atenţie şi o abordare deosebită [B. Gearheart şi M. Weishahn 1984].

Creşterea violenţei în şcoli şi în familie a complicat problemele pedagogice de până acum, ca reflex al schimbărilor mai generale ale comportamentului social dar şi ca răspuns la situaţiile percepute de către educatori, părinţi, dar şi de copii drept neplăcute până la intolerabile. Dificultăţile nu sunt noi dar, în prezent, ele sunt percepute apocaliptic, datorită lipsei noilor şi diferitelor mijloace de rezolvare apărute în pedagogia mondială. Rejecţia din partea şcolii, ca mod de rezolvare a problemelor elevilor dificili, reprezintă o replică obişnuită, fără a se defini alternative mai puţin nocive, mai productive. Ea pare să se extindă adesea şi asupra familiilor elevilor respectivi, aflate în neputinţă, neştiinţă sau criză. La simpozionul internaţional dedicat educaţiei speciale şi recuperării, intitulat "Educaţie şi Handicap" [1992], majoritatea învăţătorilor se plângeau de calitatea părinţilor şi considerau că este bine să se vorbească mai puţin sau deloc cu ei iar dacă este posibil, chiar să fie eliminaţi din educaţia elevilor cu debilitate mintală. A lipsit însă opinia părinţilor care nu fuseseră invitaţi. La nivelul grădiniţelor este aproape exclusivă comunicarea unilaterală educator-părinte.

1.2.2. Orientări de perspectivă. Pare să fie puţin cunoscut şi mai puţin acceptat modelul "împărtăşirii experienţelor" în ambele direcţii, cu facilitarea contactelor "pe orizontală" între părinţii înşişi, educatorul plasându-se în poziţia de facilitator cu intervenţii economicoase. El nu se mai declară drept expert absolut în educaţie. Stilul democratic presupune atât cultivarea dialogului cât şi menţinerea poziţiei inerente de prestigiu şi autoritate a cadrelor didactice şi aplicarea cu mult discernământ a legii consecinţelor logice [R. Dreykurs şi P. Cassel 1972].

În acest context, tehnicile moderne de sfătuire apar ca instrumente de depăşire a situaţiilor şcolare neplăcute, prin dezvoltarea la educatori a abilităţilor de ascultare empatică, a înţelegerii, a capacităţii de a oferi un sprijin real şi de a edifica împreună cu elevii şi familiile lor soluţii acceptabile tuturor în mod democratic.

Ajutorul specializat poate fi acordat de echipe mixte de consultanţă, alcătuite din specialişti în sănătate mintală, psihologi, medici, profesori de pedagogie specială, asistenţi sociali şi reprezentanţi ai şcolii [F. Louwersheimer 1995]. Sunt abordate problemele elevilor şi ale familiilor lor care pot fi acompaniate pentru un timp şi în afara şcolii. Şi profesorii pot fi sprijiniţi să definească, să structureze mai bine şi să formuleze problemele într-o manieră didactică şi pedagogică. Când există prea mulţi elevi problemă într-o clasă, se consideră că s-a creat o situaţie de criză, pentru rezolvarea căreia este necesară reflecţia în grup. Şcoala a rămas întotdeauna responsabilă pentru deciziile care se iau.

Prin discuţii tematice, la cerere, după modelul sfătuirii [I. Berkovitz 1980], au fost acoperite nevoile de sprijin ale tuturor, inclusiv cele ale profesorilor şi ale colectivităţii şcolare ca întreg. În cazul elevilor dificili s-a dezvoltat psihiatria de legătură, în care copiii dificili intră în îngrijirea staţionarului de zi, unde se realizează abordarea medico-psihologică în timp ce problemele pedagogice rămân în grija şcolii. Se creează un lanţ bine închegat de intervenţii de sănătate mintală [I. Berkovitz 1980].

În absenţa unor strategii cu adevărat profesioniste de influenţare a comportamentului, introducerea noului în şcoală, din afară, prin intervenţia organizaţiilor non-guvernamentale, are un anumit potenţial de eşec, întrucât stângăcia, ostentaţia, pot genera rezistenţe aparent inexplicabile şi eşecuri. Iată o experienţă pe care o considerăm relevantă, povestită de o voluntară.

Programul de consiliere profesională şi educaţie sexuală a elevilor în licee, prin voluntari, formaţi chiar de către ONG, a cuprins psihologi, sociologi, studenţi în profilurile amintite sau de la medicină. Programul prevedea şedinţe de grup şi în orele de dirigenţie, de faţă şi cu dirigintele lor, dar şi ore de consiliere individuală, indiferent de probleme. Iniţial, directorul liceului, împreună cu consiliul profesoral a fost de acord cu începerea programului, însă în anumite condiţii. Elevii au solicitat consilierea profesională, având şi alte doleanţe, dar au pretins ca aceste întrevederi să rămână confidenţiale în ceea ce priveşte problemele lor individuale

Profesorii s-au opus, cerând ca ei să fie puşi în temă cu problemele discutate cu elevii. Voluntarii ONG au replicat că, indiferent de problemele discutate, ei vor ţine cont de doleanţele de confidenţialitate ale elevilor. Conflictul rezultat, care a izbucnit după primele 2-3 şedinţe, a dus la prăbuşirea iniţiativei, deşi aceasta avea premize materiale foarte solide. Astfel, iniţial fuseseră implicaţi 108 voluntari, iar programul prevedea extinderea activităţii în şcolile şi liceele de pe întreg municipiul Bucureşti. Opoziţia s-a manifestat pe căi ocolite. Astfel a apărut brusc un refuz din partea "Primăriei" şi programul a căzut. Primăria a înfiinţat câte un post de psiholog pe fiecare sector, care să se ocupe, prin rotaţie, de consiliere la diferite licee arondate, ceea ce era infinit mai puţin, dar mult mai puţin deranjant pentru autorităţile şcolare, inclusiv asistenta medicală.

Deşi comentariile voluntarilor vorbeau despre "opacitatea Primăriei", este evident că designul programului cu obiectiv definit de influenţare psihologică nu a ţinut seamă de dificultăţile fireşti ale unei persoane din afară *(out-sider)* în a se impune în faţa unui colectiv străin, de obstacolele legate de firea omenească, de nerespectarea ierarhiei relaţiilor dintr-o instituţie, oricare ar fi ea, de absenţa tehnicii negocierii şi a altora. Concluzia este că entuziasmul nu poate înlocui abilităţile sociale şi diplomaţia.

Printre intervenţiile preventive profesioniste ale ultimelor decenii, menite să formeze abilităţile pentru viaţă, spiritul practic, managerial, iniţiativa, se enumeră proiectele de grup ale elevilor în cadrul şcolii, dezvoltate sub îndrumarea profesorilor sau a voluntarilor cu o pregătire adecvată, având tematică diversă, inclusiv cele legate de petrecerea timpului liber. Ele promovează cooperarea, dezvoltă spiritul de echipă, apropie şcoala de sufletul copiilor şi constituie o orientare preventivă valoroasă faţă de riscul de toxicomanie, de delincvenţă şi de dezadaptare socială.

1.3. SFĂTUIREA ŞI ASISTENŢA SOCIALĂ

Reapariţia în ultimii ani în România a profesiunii de asistent(ă) social(ă) a adus cu sine necesitatea introducerii unor metode moderne de influenţare, printre care sfătuirea se află pe prim plan.

Dacă înainte de 1989 munca asistentei sociale era dominată de ancheta socială şi de soluţionarea practică a unor probleme de viaţă, ca obţinerea de ajutoare materiale, astăzi ea tinde să capete noi dimensiuni. Introducerea în programa analitică a colegiilor şi facultăţilor de asistenţă socială a tehnicilor de ajutor psihologic, în care sfătuirea joacă un rol de prim ordin, va duce la completarea obiectivelor anterioare cu îndatorirea de a face ca persoanele aflate în nevoie să devină mai competente social.

1.3.1. Psihologia asistatului social. Relativ redusa experienţă profesională a noilor generaţii de asistente sociale, sintetizată recent la un simpozion de la Reşita [Cîmpean D., Iclcean D., Pugna M. 1995] a evidenţiat aprehensiunile proaspeţilor profesionişti în legătură cu riscurile interacţiunii cu bolnavii psihici. A interveni în viaţa cuiva, chiar cu un scop nobil, este un proces complicat deoarece, contrar aşteptărilor, poziţia celor care trebuie să fie ajutaţi este cel puţin ambiguă, dacă nu defensivă.

Asistatul social, deşi este o fiinţă aflată în dificultate, are adesea nemulţumiri proiectate asupra autorităţilor, societăţii şi, uneori chiar, a lumii întregii, fapt care îl poate face suspicios, reţinut şi, câteodată, agresiv faţă de cei care încearcă să aducă o schimbare. De aceea, o intervenţie rece, dominată de acţiune, cu decizii

adoptate unilateral, fără a se ţine seama de nevoile sale de apreciere, de îmbunătăţire a stimei de sine, de împărtăşire a necazurilor, riscă să fie percepută de către asistat/asistaţi drept o ameninţare şi să apară răspunsuri ca atare.

1.3.2. Psihologia instituţională versus asistatul social şi familia sa. În general, instituţiile statului, care joacă un rol în viaţa familiilor aflate în dificultate, conştientizează foarte puţin sau deloc nevoile de sprijin şi de respect ale acestora. Acest aspect se observă la personalul leagănelor, caselor de copii, comisiilor de ocrotire a copiilor şi, posibil, în cazul autorităţilor judiciare, mai ales în absenţa judecătorului de minori ca persoană specializată. Pentru exemplificare va fi prezentată transcrierea unei convorbiri între o asistentă şi părinţi la Leagănul nr. 2 din Bacău:

"La 6,30 dimineaţa, când abia îmi preluasem schimbul, asistenta, o bună colaboratoare, îmi zise zâmbind: «Vezi că ai o vizită. Atenţie, că-i beat».

Jos, o pereche tânără, bruneţi, plăcuţi la vedere. Tatăl se repede să-mi ia copilul din braţe; acesta ţipă şi se strânge lângă mine.

- Stai pe loc! Stai jos!, îi spun eu autoritar. Se aşează automat, apoi încearcă să revină la forma de atacant.

- Doamnă, ştii cine sunt eu? Eu vin din puşcărie. Am băgat cuţitul în om.

- Stai să liniştim copilul şi ţi-l dau acuşi. Da' ce-ai avut cu omul acela?

- Păi se dădea mare în bufet.

- Eşti tânăr, nu ţi-e teamă că-ţi vei găsi şi dumneata naşul? E păcat. Dacă te omoară?

- Pe mine?

Ofer copilul mamei dar copilul nu pare mulţumit. Mama umblă cu el ca şi cu un bibelou. Bărbatul turuie într-una.

- Îl iau eu acasă... şi îl ia din braţele mamei, îndreptându-se spre uşă. Mă albisem.

- Vezi că plânge şi nici nu e îmbrăcat bine. Dă-l la mine să-l îmbrac.

- Îl duc până la soru-mea, stă aici, pe aproape.

Copilul se trage către mine; îl iau uşurel, stăpână, şi sunt sigură că interlocutorul meu n-ar îndrăzni să mi-l smulgă niciodată din braţe.

- Uite că s-a făcut frig, o să-l duc sus.

Bărbatul se dezbracă de şuba care mirosea a tutun şi învelește copilul, dar nu îl ia în braţe; mi-l lasă mie. Vocea colegei mă salvează dintr-o astfel de situaţie.

- Du copilul sus că răceşte.

Îi spun interlocutorului meu să aştepte până vin doctorii, să-şi discute problemele de încredinţare a copilului. Acest bărbat îşi domina femeia de lângă el; ea avea o încredere mare în el, considerând că tot ce făcea el e bine. Şi şi-ar fi iubit cu siguranţă copilul, dacă ar fi înţeles altfel mersul vieţii."

Persoana care a relatat povestirea de mai sus a înțeles foarte puțin din nevoile de sprijin ale părinților și a încercat să proteje copilul de "proprii părinți", fapt de care era și foarte mândră. Ea juca rolul de mamă bună și reflecta viziunea unilaterală superficială a statului și societății asupra familiei și modalităților de a o ajuta. Ajutorul actual se limitează la "salvarea" copilului, fie și de proprii părinți.

Observații personale arată că, în zona Moldovei, mamele și familiile lor își plasează copiii în leagăne, considerându-le drept un fel de "internate pe termen lung" în care, degrevându-se de orice obligații, pot "să-i crească" până la o anumită vârstă. Afecțiunea față de copil nu se șterge complet. Două treimi din familiile respective vizitează leagănul regulat, la intervale între 6 luni și două săptămâni. Pentru ceilalți, legătura rămâne la nivel fantasmatic.

Relațiile părinților cu instituțiile substitutive sunt mai degrabă proaste, aceștia manifestând frecvent semnele clientului nemulțumit: nerăbdare, nervozitate, critici referitoare la calitatea îngrijirii și a personalului, pretenții exagerate exprimate prin întrebări incomode, critici care trădează ignoranța, de exemplu: de ce nu merge copilul la 6 luni și multe altele. La rândul lor, instituțiile de îngrijire au avut o atitudine de distanțare. A fost creiată o cameră "ghetto" pentru întâlnirea copilului cu părinții săi, în prezența infirmierelor.

Părinții nu au voie să intre în restul instituției, să cunoască locul unde trăiește copilul, să-i aranjeze pătuțul și să îl împodobească cu lucruri de acasă și, eventual, să participe temporar la educație, la aportul de savoare adus obiceiurilor personale.

Personalul, marcat de psihologia de instituție, nu a făcut nici un efort de a crea vreo legătură cu familiile abandonice, motivând că aceasta nu intră în "sarcinile de serviciu". Îngrijitorii s-au limitat la rolul de mediator al contactului cu copilul, considerat ca un produs al "casei". O singură persoană avusese o legătură reală, de-a lungul timpului, cu o mamă cu care s-a întâlnit de 9 ori. Celelalte persoane de îngrijire au avut numai câte un singur contact superficial, care începea invariabil prin întrebări culpabilizante: "Când îl iei acasă?" sau "De ce nu-l iei acasă?", ce induceau automat o tensiune relațională.

În acest context a fost neglijată luarea în atenție a părinților, a problemelor lor: comportamentul sexual necontrolat, incapacitatea de a-și rezolva problemele, lipsa abilităților în menținerea cuplului și a creșterii copiilor, inabilitatea de a găsi și de a păstra un loc de muncă. La rezolvarea acestor probleme ar putea contribui din plin tehnicile de sfătuire împletite cu asistența socială și sprijinul material.

O parte din personalul actual al leagănelor, abilitat printr-o pregătire adițională în profesiunea de sfătuitor, ar putea fi utilizat pentru sprijinirea familiilor aflate în dificultate, chiar abandonice. În cadrul acelorași unități leagăne/case de copii ar putea să primească asistența de care au nevoie atât copiii cât și părinții lor, prin programe diferențiate, care ar asigura menținerea legăturii dintre ei. Și pentru

familiile crescătoare se impune un sprijin psihologic substanțial, date fiind dificultățile creării legăturii de atașament [S. Milea 1998, C. Ciofu 1998].

1.3.3. Competențele psihoterapice în profesiunea de asistent social. Pentru a avea rezultatele așteptate, profesiunea de asistent(ă) social(ă) implică obținerea de largi competențe în psihoterapia de susținere, în deprinderea abilităților sociale, în activarea și motivarea altor persoane, în stimularea inițiativei personale, toate însoțite de un tact deosebit. Ele aparțin domeniului consilierii. Conlucrarea cu persoanele asistate reprezintă o parte a planului personal de recuperare și resocializare, mai ales în cazul celor disabilitați.

Sfătuirea creează și o viziune mai "umană" despre persoanele cu probleme, care sunt privite "dinăuntru", în conformitate cu bunele percepte ale ascultării empatice.

1.4. SFĂTUIREA CA MIJLOC DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A PERFORMANȚELOR ȘI VIEȚII PERSOANELOR SĂNĂTOASE

Sfătuirea a pătruns adânc în societate, cel puțin în țările industrializate, unde oamenii doresc să-și optimizeze existența chiar și în afara unei situații de criză sau a unei cumpene existențiale. Printre ariile sale de aplicabilitate, R. Nelson-Jones [1991], o autoritate în materie, enumeră: adaptarea tineretului, depășirea reacțiilor de doliu, sfera religioasă, decizia avort/sarcină, orientarea sexualității, homosexualitate versus bisexualitate, problematica femeilor, adaptarea la alte culturi.

Fundamentală apare dezvoltarea capacității de a alege, de a judeca lucrurile în mod cumpănit, de a asuma responsabilitatea alegerii cu posibilele consecințe bune sau rele, și înlocuirea stilului impulsiv cu unul reflectat. Acest model aparține societății sfârșitului secolului XX, în care complexitatea vieții devine tot mai mare, în paralel cu creșterea gradului de libertate de toate felurile.

Dezvoltarea societății moderne postindustriale după modelul economiei de piață impune și o extindere a activității de sfătuire ca mijloc de creștere a competenței sociale. Este de așteptat ca sfătuirea să fie utilizată în viitor de manageri și de componenții unor grupuri profesionale, tehnicile moderne de consiliere fiind apte să le crească eficiența și să reducă substanțial frustrațiile inerente unei activități colective.

Cea mai importantă este abordarea stress-ului profesional [H. Benson 1974], recunoscut ca unul din elementele patogene ale existenței umane, generator de uzură fizică, biologică dar și de boli. Boala managerilor este numele sub care era cunoscut în anii '50-'60 infarctul miocardic, care apărea la tineri sau la persoane de vârstă mijlocie și care lovea în cei care lucrau din greu, cu mult peste timpul

normal. Stilul lor de confruntare cu viaţa, extrem de activ, ofensiv, adesea agresiv, nepermiţând luxul relaxării, bucuria repausului activ sau plăcerea de a trăi, a fost definit drept comportament de tip A.

Prin măsuri conjugate, constând în răspândirea şi dezvoltarea tehnicilor de relaxare, reorganizarea vieţii personale şi profesionale către eficienţă, acceptarea nevoilor proprii, asigurarea activităţii fizice intense, supravegherea atentă a sănătăţii şi a regimului alimentar etc., în ţările avansate s-a obţinut o reducere semnificativă a infarctului miocardic şi a bolilor cardiovasculare.

Asemenea percepte existenţiale, cu un deosebit potenţial protectiv şi sanogenetic, ţin în bună măsură de orientarea existenţei şi de consiliere. Ele trebuie extinse şi în ţara noastră cu atât mai mult cu cât creşterea abruptă şi neîntreruptă a morbidităţii şi mortalităţii prin boli cardio-vasculare în ultimii 50 de ani, a plasat Romania pe un loc de neinvidiat în Europa. Şi aceasta are o legătură de necontestat cu stilul de viaţă autohton, în care suferinţa legată de lipsurile materiale este amplificată de alte elemente care ar putea fi contracarate prin. organizarea mai echilibrată a existenţei, ceea ce presupune dezvoltarea de deprinderi şi abilităţi din domenii aparent diverse, cum ar fi: managementul, stabilirea priorităţilor, luarea deciziilor, introducerea gândirii pozitive, a relaxării şi multe altele.

CAPITOLUL II
SFĂTUIREA

2.1. DEFINIŢIA SFĂTUIRII

O definiţie a sfătuirii preocupă practic toate persoanele care au încercat să ajute pe alţii şi, de aceea, pot să apară numeroase răspunsuri diferite. O primă definiţie sugerează că sfătuirea înseamnă a da un aviz, a da un sfat, a face recomandări. Această definiţie rămâne însă destul de incompletă.

J. Wallis [1978] citat în Nurse G. [1978] considera că *"sfătuirea este un dialog în care o persoană ajută pe alta care are dificultăţi semnificativ importante"*.

F. Inskipp şi H. Johns [1984] dau o definiţie mult mai amănunţită, în care *"sfătuirea este o cale de a se relaţiona şi de a răspunde unei alte persoane, astfel încât sfătuitul este ajutat să-şi exploreze gândurile, emoţiile şi comportamentul pentru a câştiga o înţelegere de sine mai clară şi apoi să înveţe să găsească şi să utilizeze părţile sale mai tari (resursele), încât să se poată confrunta cu viaţa cât mai eficient, luând decizii adecvate sau acţionând corespunzător. Sfătuirea este o relaţie cu scop, în care o persoană ajută pe alta să se ajute ea însăşi."*.

Definiţia Asociaţiei Britanice de Sfătuire [1989] este, probabil, cea mai completă şi sună astfel: *"sfătuirea este utilizarea cu abilitate şi principialitate a relaţiei pentru a favoriza cunoaşterea de sine, autoacceptarea emoţională, maturizarea şi dezvoltarea optimală a resurselor profesionale. Întotdeauna scopul său este de a oferi ocazia de a lucra, a trăi cât mai satisfăcător şi cu utilizarea cât mai completă a resurselor"*.

Relaţia de sfătuire poate să varieze în raport cu scopurile sale. Ea poate să fie îndreptată către dezvoltare-maturizare, luarea deciziilor, rezolvarea unor probleme specifice, confruntarea cu crizele, dezvoltarea autoînţelegerii şi a cunoştiinţelor, prelucrarea conflictelor interioare sau/şi îmbunătăţirea relaţiilor cu alţii. Munca sfătuitorului este de a stimula eforturile clientului. În acelaşi timp sunt respectate valorile acestuia, resursele personale şi capacitatea sa de autodeterminare.

Analiza ultimei definiţii, atât de extinsă, marchează nevoia de delimitare a obiectivelor sfătuirii de cele ale altor metode ca şi prezenţa unor formulări ce amintesc de statutul şi drepturile clientului, menţionate în capitolul anterior. Dincolo de aceste deziderate ce ating sfera idealului, practica de fiecare zi arată că obiectivele pot fi mult mai modeste, de la caz la caz, fără ca metoda să-şi piardă din valoare.

Sfătuirea se adresează persoanei cu probleme, posibil cu tulburări care îi perturbă modul de reacţie, mijloacele de comunicare şi posibilităţile adaptative. Sfătuirea depăşeşte modelul medical care acţionează pe linia boală-bolnav-

tratament şi se concentrează asupra afecţiunii, a simptomelor, etiopatogeniei şi combaterii sale (şi cam atât).

Ea se apropie mai mult de modelul psihologic al omului este adresată persoanei şi abordează în parte şi rolurile sociale. Cu toate acestea, în ultimii ani, chiar în sfătuire, a început să se ţină seama de boli şi de efectele lor. Astfel s-au creat pachete de măsuri adresate pacienţilor suferinzi de anumite afecţiuni, cum ar fi schizofrenia şi depresiile, ceea ce uşurează mult abordarea [OMS, 1996]. Un exemplu îl constituie terapia cognitiv-behavioristă a familiei, dezvoltată de I. Falloon şi colab. [1988] şi adresată rudelor suferinzilor de schizofrenie. Avantajul pe care îl creează este de necontestat, pachetul respectiv încercând să răspundă disfuncţionalităţilor create de afecţiune, relativ comune multor subiecţi şi reacţiilor secundare ale grupului.

2.2. AJUTORUL ÎN SFĂTUIRE

În raport cu conceptul central de ajutor se pot desprinde câteva trăsături definitorii ale relaţiei interumane în sfătuire:

- este o relaţie de ajutor [R. Nelson - Jones 1990];
- ajutorul acordat prezintă un singur sens, adică de la sfătuitor către cel în nevoie, sfătuitul;
- ajutorul este realizat, de obicei, la cerere, ceea ce creează diferenţe între cele două părţi şi o anumită disponibilitate din partea sfătuitului pentru a-l accepta;
- ajutorul este limitat în timp, relaţia specifică încheindu-se când obiectivele au fost atinse. Se poate vorbi de un timp petrecut împreună în cadrul acestei activităţi;
- ajutorul poate să aibă un caracter formal, când este acordat de un profesionist, într-un cadru organizat, cu un orar precis, posibil într-o formă contractuală, sau unul informal când este realizat de alte persoane necalificate ca atare, acestea putând fi rude, prieteni, cunoştiinţe etc.

La prima vedere ar exista diferenţe de nedepăşit între cele două categorii de persoane de ajutor, datorită factorului profesionalizare. În practică ajutorul informal este de neprețuit în multe situaţii de cumpănă şi se poate spune că fiecare dintre noi am beneficiat cel puţin o dată în viaţa de sprijinul celor din jur. El poate să facă atât bine cât şi mult rău, dacă se aplică mecanic unele percepte cum ar fi autostăpânirea sau acceptarea stoică. De exemplu, în cazul unor persoane suferind de ticuri incipiente sau de bâlbâială, observaţiile sau sugestiile familiei de a se "stăpâni mai bine" pot să declanşeze nevrotizarea şi, prin aceasta, accentuarea lor, în totală opoziţie cu aşteptările sfătuitorilor "de ocazie" din familie sau din afară.

Conceptul de ajutor a creat şi un fel de corolar profesional, şi anume, de persoană care acordă ajutor (*helper* în limba engleză) şi care s-a extins asupra unor

arii în parte neaşteptate. Alături de profesionişti au fost incluşi şi voluntarii, organizaţii întregi dedicându-se activităţii de sfătuire, îndeosebi în Marea Britanie, cum ar fi Marriage Guidance [Îndrumarea căsătoriei] sau Samaritaine în Franţa.

Aceştia primesc însă o anumită instrucţie şi sunt supervizaţi îndeaproape de profesionişti, aspectul de voluntariat reducându-se la lipsa pretenţiilor pecuniare şi la orarul relativ redus de activitate. În fapt, ei constituie importante resurse umane puse în slujba comunităţii şi pe care nici o ţară nu-şi poate permite să le ignore.

2.3. FACTORI COMUNI AI INTERVENŢIILOR

Vom descrie în continuare factorii comuni ai majorităţii psihoterapiilor şi posibil componenţi ai unor intervenţii spontane, informale, (adevărate "ingrediente"), identificaţi de J. Franck [1982] şi M. Goldfried [1982]:

- Speranţa pentru cei demoralizaţi. Cei care vin să ceară un ajutor, o terapie, sunt neliniştiţi sau demoralizaţi, simt că sunt neputincioşi în a schimba situaţia. Ceea ce oferă orice terapie este speranţa că lucrurile se vor îndrepta în viitor. Convingerea prin ea însuşi poate fi suficientă pentru a îmbunătăţi moralul subiecţilor, pentru a crea trăiri auto-eficacitate care îmbunătăţesc starea psihică. Deşi efectul ar putea fi considerat drept placebo (sugestie), faptul cel mai notabil este că cei trataţi cu placebo (iar în medicină aceasta înseamnă, de obicei, administrarea de pastile cu conţinut inactiv - praf de cretă -, cărora li se atribuie calităţi curative) evoluează mai bine decât cei netrataţi deloc. Aproape tot atât de pozitiv evoluează cei care se tratează prin psihoterapie. Deci, fiecare psihoterapie, sub orice formă s-ar prezenta ea, întăreşte puterile proprii de vindecare ale persoanelor tratate.

Aceasta ne ajută, după opinia lui J. Frank [1982], să înţelegem eficacitatea a tot felul de tratamente, cunoscute ştiinţific ca fiind fără efect în a ameliora sau chiar vindeca, iar în această zonă de acţiune intră fără îndoială şi mult controversata bioenergie.

- O nouă viziune asupra sa şi asupra lumii. Fiecare metodă de psihoterapie sau de intervenţie are şi un sistem explicativ, subiectului oferindu-i-se informaţii asupra bolii, modului său de producere şi o alternativă de a ieşi din impas. El însuşi are posibilitatea de a se percepe altfel pe el dar şi lumea înconjurătoare. El învaţă despre sine noi lucruri şi descoperă soluţii.

- O relaţie prietenoasă, de îngrijire, pare a fi şi ea un punct cheie. Terapeuţii cu eficacitate sunt aceia care pot să înţeleagă experienţa altora, grija lor pentru client fiind percepută ca atare. O ascultare respectuoasă, securizantă, completată eventual de un sfat, câştigă încrederea clientului [H. Strupp 1984].

Rezultatele cumulative [citate de D. Myers 1987], obţinute prin metoda meta-analizei a 39 de studii, concentrate asupra eficacităţii tratamentelor oferite de către profesionişti în comparaţie cu neprofesionistii (profesori prietenoşi cu puţine

ore de formare și studenți aflați sub supervizarea unui clinician profesionist) au arătat că aceștia din urmă pot fi tot atât de efectivi ca și cei "de meserie" [J. Hattie și alții 1984, J. Berman și D. Norton 1985]. Este drept că majoritatea cazurilor tratate sufereau de ușoare tulburări de conduită, dar ei au avut rezultate bune și în câteva depresii severe ale vârstei adulte.

Simpatia și sfatul prietenos ajută adesea tot atât de mult ca și un specialist. De aceea, o bună rețea de suport social, prin ajutorul și sprijinul copios pe care îl oferă, previne prezentarea la tratamentul formal.

Este poate ceea ce s-a întâmplat în deceniile trecute, de mare opresiune psihică, morală, și de privațiuni de tot felul. În cercurile închise ale familiei și prietenilor apropiați s-a realizat o solidaritate benefică, protectoare și permisivă, determinată de nenorocire, și care s-a pierdut după Revoluție când destinele multora dintre noi s-au despărțit.

A fost o epocă a Eului colectiv defensiv, care permitea împărtășirea necazurilor comune și personale cu multă autenticitate și de pe poziții de egalitate în suferință. Aceasta ar putea explica de ce studiile epidemiologice, psihiatrice efectuate asupra populației românești nu au evidențiat în morbiditate diferențele semnificative la care ne-am fi putut aștepta în raport cu datele internaționale [V. Predescu și colab. 1973, T. Udristoiu și A. Niturad 1982].

2.4. COMPONENTELE SFĂTUIRII

Sfătuirea este o relație, iar accentul cade asupra calității sale, căldură neposesivă, naturalețe și înțelegerea trăirilor clientului. Pentru a fi realizată este nevoie de o serie de calități și abilități care trebuie modulate în raport cu starea și nevoile clientului.

2.4.1. Procesul terapeutic. Sfătuirea este și un proces, ce presupune mișcare, desfășurare, interacțiune între cel puțin două persoane, însă grupul de consiliere poate să cuprindă mai mulți participanți. Conform principiului interacțiunii, nu numai sfătuitorul îl influențează pe sfătuit ci și reciproca este valabilă. Este adevărat că sfătuitorul este apărat de rolul său profesional, dar implicarea sa nu poate fi evitată, ea depinzând de gradul de identificare cu acesta (a se vedea în acest sens capitolul V).

Deși procesul relațional se petrece aparent numai în timpul ședințelor, el are continuitate și se desfășoară și în intervalul dintre sesiunile formale prin intermediul fanteziei subiecților, sfătuitorul devenind un reglator sau persoană de referință, un "imago" la care cel sfătuit continuă să se raporteze. R. Nelson-Jones [1990] consideră că procesul relațional se desfășoară în cea mai mare parte în intervalul în care participanții nu se văd. Este posibil ca, alături de activitatea mintală a fiecăruia, participanții să mențină contacte informale prin telefon.

Procesul terapeutic începe ca o activitate între două persoane și se sfârșește prin instaurarea unui mecanism de autoajutor în care pacientul (clientul) începe să-și rezolve problemele singur mult mai bine. Pentru un timp, sfătuitorul sau persoana de ajutor devine un model, despre care mulți pacienți povestesc că în situații problematice și-au spus: "Oare cum ar fi procedat dr. X în această încurcătură?", fapt de natură a amorsa un proces de reflecție sau discuții contradictorii foarte productive. În timp, imaginea terapeutului se va șterge, sfătuitul rămânând singur cu noua sa forță de a se descurca în viață.

Scopul unui asemenea proces este diferențiat în raport cu problematica clientului, cu obiectivele propuse, dar și cu sistemul conceptual al terapeutului, fiecare operând în conformitate cu propriile percepte (a se vedea, în acest sens, capitolul *Istoricul sfătuirii*). La acestea ar trebui să se adauge și modelele de rezolvare locală, în acord cu cultura și obiceiurile existente, dar și cu dorința sfătuitului de a se plasa pe sine sau chiar pe sfătuitor în anumite roluri, diferite de cele tradiționale.

Vom prezenta un caz relevant.

Unul dintre clienții care au beneficiat cel mai mult de pe urma procesului de sfătuire a fost un coleg care, după ce făcea un scurt istoric al problemelor pe care le avea cu fiica sa de 17 ani, și care erau centrate asupra unei întrebări fundamentale: "este sau nu bolnavă?", încerca să preia medicamentele propuse și să rezolve singur problema, revenind de fiecare dată numai când apărea câte o situație critică, cu aceleași întrebări obsedante, prin telefon sau într-o foarte scurtă discuție directă personal sau chiar cu mama fetei.

O singură dată s-a putut realiza o ședință comună cu fata, după modelul terapiei de familie, care a fost de altfel și foarte productivă, contribuind la definirea rolurilor, modelelor de interacțiune și conflictelor, după care conduita părinților a devenit mai consistentă. Apoi modelul contactelor telegrafice, de foarte scurtă durată, a revenit. Relația sfătuit-terapeut a fost considerată foarte satisfăcătoare de către primul, care a putut să-și protejeze astfel rolul său tradițional, de tată responsabil, de lider, așa cum era în viața de toate zilele, persoană care își rezolvă cu brio toate problemele.

În aceste condiții, se poate vorbi de un proces de sfătuire sau nu? S-ar părea că nu, datorită rupturilor și discontinuităților create de apariția meteorică a tatălui. În fapt, de-a lungul celor doi ani de intervenție, grupul a căpătat progresiv o înțelegere mai bună a problematicii sale, a învățat să treacă peste momentele sinuoase create de crizele relaționale și obsesionale repetate și de durerosul și necesarul proces de desprindere a tinerei de familia sa. Capacitatea grupului de a-și găsi propriile soluții s-a îmbunătățit fără a se apela continuu la judecata

terapeutului ci, mai curând, în conformitate cu spiritul independent al familiei în a-şi rezolva problemele.

Terapeutul şi-a găsit şi el locul în această lume frământată, deşi poate nu cel pe care îl aştepta, iar ceea ce poate fi numit proces terapeutic a mers, deşi nu a avut aparenta structurare zilnică, săptămânală sau lunară, propusă de orice manual serios. Discontinuitatea a fost numai aparentă.

De aceea, flexibilitatea procesului terapeutic apare ca o necesitate fundamentală în spaţiul nostru cultural. Obiceiul de a merge sistematic, ordonat, la sfătuitor, ca la stomatolog, este rar în România, subiecţii şi familiile lor preferând să se prezinte în momentele de criză.

Indiferent de ritmul prezentărilor la tratament, pentru profesionist este important să menţină el însuşi continuitatea atitudinii, aceeaşi ascultare deferentă, empatie şi disponibilitate ce reprezintă suportul procesului de schimbare al subiectului.

2.4.2. Componentele culturale. Factorul cultural aduce variabile atât în înţelegerea problemelor cât şi definirea soluţiilor, fiind de luat în seamă în societăţile multiculturale cum tinde să devină şi ţara noastră, datorită imigraţiei legale şi, mai ales, ilegale declanşate în ultimii ani [D. Mechanic 1986]. Prezenţa factorului cultural impune cunoaşterea obiceiurilor şi psihologiei grupurilor etnice sau rasiale. Cât de greu ar fi pentru fiecare dintre noi să influenţeze imigranţii provenind din Africa neagră sau din Ceylon, respectând rolul rezervat fiecăruia în societăţile de origine?

Şi în atitudinea faţă de minorităţile sexuale se conturează diferenţe majore între Vestul european, mai liberal şi mai tolerant, şi Estul tradiţionalist, ce se reflectă nu numai în atitudinea terapeutului ci şi în soluţiile propuse. Asimilarea de către terapeuţi a tendinţelor din alte ţări poate să ducă în final la soluţii prea diferite faţă de cele adoptate de restul populaţiei şi să induca riscul de rejecţie din partea societăţii.

Într-o cultură în plină schimbare ca a noastră, definirea cadrului social de referinţă şi a valorilor pe care le va promova în practica zilnică devine o spinoasă problemă de alegere. Terapeutul poate să opteze între modelul social proconformist, al supunerii necondiţionate şi dependenţei, propriu persoanelor mai vârstnice şi cel non-conformist, inovativ, independent, al tineretului, dar e preferabil să fie capabil să opereze cu amândouă, după caz.

2.4.3. Conţinutul sfătuirii se referă la prelucrarea problematicii clientului şi la acordarea de sfaturi. Pentru ceea ce s-a numit acordarea de sfaturi conceptul de operaţionalizare a problemelor oferă o bază teoretică solidă, care se completează prin schimbările majore suferite în modul de generare şi de adoptare a acestora.

Autoritarismul ostentativ al altor perioade a fost înlocuit, în prezent, prin discreţia şi funcţia de a facilita a terapeutului. Clientul este încurajat să realizeze, el însuşi, selecţia şi opţiunea.

În alte situaţii, rolul terapeutului devine mai vizibil, acolo unde se impune îndrumarea în vederea introducerii de conduite noi, ce trebuie însuşite şi învăţate împreună sau individual, cum ar fi abilităţile sociale, afirmarea de sine, tehnica rezolvării conflictelor, rezolvarea problemelor.

2.4.4. Stiluri de sfătuire. Stilul terapeutului, al sfătuitorului, poate avea o gamă foarte largă de variaţii pe axa directiv versus non-directiv.

2.4.4.1. Stilul directiv. Pare să fie cel mai mai vechi, originea sa plasându-se undeva în trecut, în sugestie şi în psihoterapia raţională, care se doresc a fi realizate sub o conducere decisă. El a fost adoptat spontan de către medici şi alte categorii de profesionişti, cum ar fi educatorii.

Terapeutul este departe de a fi indiferent în atitudinea faţă de client. El este implicat şi exprimă clar această poziţie. În fapt, el menţine conducerea pe tot parcursul procesului terapeutic, judecând cu propria sa măsură toate aspectele situaţiei, inclusiv soluţiile. Printre trăsăturile sale definitorii se numără: direcţionarea şi conducerea, evaluarea directă, interogarea, suprainterpretarea, neacceptarea trăirilor clientului, judecarea, etichetarea, blamarea, moralizarea, luarea alurii de patron, emiterea de sfaturi şi învăţarea clientului.

Conduita directivă apare ca firească pentru anumiţi profesionişti, cum ar fi chirurgii, ea fiind tipică pentru persoane care nu se avântă prea mult în consideraţii psihologice şi subtilităţi.

Varianta autoritară. Printre formele directive, stilul autoritar este cel mai accesibil profesioniştilor [J. Heron 1975, 1986]. Este o poziţie de forţă. Ea se exprimă prin expresii ca "După opinia mea...", "Eu îţi spun că..." şi multe altele ce seamănă cu o directivă administrativă şi se înscriu mai mult în cadrul relaţiilor de forţă, şef/subaltern, părinte/copil, decât în al celor de ajutor. Se consideră că stilul autoritar ascunde o nesiguranţă fundamentală asociată cu frica inconştientă că ordinele nu vor fi respectate sau vor fi încălcate [P. Burnard 1989].

În aria noastră culturală, impregnată de aproape o jumătate de secol de regim comunist-dictatorial, cei aflaţi temporar sau pe lungă durată în poziţii de forţă, chiar de mică importanţă socială, au fost deformaţi psihologic. Ei şi-au găsit securizarea şi protecţia în autoritatea absolută, care nu admite un dialog echilibrat ce ar putea induce o anumită relativitate a opiniilor.

Poziţia autoritară implică ameninţarea printr-o persuasiune de tip coercitiv cu valenţe punitive. Ea solicită supunerea până la forma ei cea mai adâncă, denumită submisiune sau aservire, exprimată prin "Dacă nu...". Este tonul profesorului furios, al şefului exasperat, al părintelui care vrea să facă ordine.

Reacțiile ascultătorilor sunt cât se poate de diverse: de la refuz total și ruptura pe față, deschisă, a relației, până la refuz mascat cu aparența acceptării și supunerii. Cel care primește mesajul poate să-l asimileze ca atare și să-i declanșeze o frică de mare intensitate, necontrolată, ce duce la o supunere mult peste cea solicitată.

De aceea, aria restricțiilor respectate cu excesivă "atenție" de pacienții înspăimântați se poate extinde mult peste indicațiile medicale propriu-zise. Aici, amenințările voalate, prevenirile trimise de către specialiștii în materie, sunt de-a dreptul înfricoșătoare, cuprinzând cuvinte ca moarte, invaliditate pe viață etc.

În categoria tehnicilor directive cu posibile nuanțe autoritare se înscriu și intervențiile prescriptive, confruntative precum și informarea și învățarea [P. Burnard 1989].

Cele **prescriptive** sunt cu sfaturi și indicații foarte precise, fără posibilități de abatere. Poziția exactă, matematică a sfătuitorului a atras și pe profesori care și-au imaginat și un sistem de învățământ prescriptiv care să acopere ariile disfuncționale ale elevilor [G. Gearheart 1973].

În cazul intervențiilor **confruntative**, accentul cade asupra combaterii opiniilor clientului, prin provocarea de discuții contradictorii de către terapeut. Aceasta ascunde intenția de a schimba atitudinile și convingerile clientului direct și imediat, prin înfruntare. Deși tehnica este pretențioasă, "confruntarea fierbinte" poate fi necesară pentru a obține modificarea unei conduite periculoase, mai ales în cazul psihopatiilor.

Intervențiile de tip **informare și învățare** cuprind împărtășirea de informații și instruirea. Acestea sunt componente inerente ale unor procese terapeutice care nu pot fi categorisite drept nefavorabile clientului. Ele acoperă latura psihagogică, reluată astăzi în aria multor afecțiuni psihiatrice și medicale

2.4.4.2. Stilul non-directiv. Conduita directivă pură, bine structurată și oarecum rigidă, poate fi completată prin atitudini mai aproape de neutralitate, lipsite de direcționarea clientului (non-directive). Ele au fost denumite facilitatorii sau de sprijin [J. Heron 1976]. Mai semnificative sunt cele catharctice, catalitice și suportive.

Atitudinile **catharctice** ajută eliberarea tensiunilor devenite insuportabile prin lacrimi, țipete, agitație. Atitudinea permisivă a terapeutului este elementul fundamental ce creează premizele descărcărilor emoționale catharctice. Deși descărcările catharctice sunt disgrațioase și neinteligibile, mai ales dacă se produc la persoane cu aparentă stăpânire de sine, echilibrate, care au, în general, o ținută decentă. Catharsisul este considerat a avea o mare valoare terapeutică, mai ales dacă este în oarecare contradicție cu stilul de conduită obișnuit al persoanei respective.

În cazul atitudinilor **catalitice** starea actuală a clientului este definită prin reflecții asemănătoare cu cele folosite în tehnicile analitice din care provin. Ele permit aprofundarea auto-analizei și, câteodată, pot fi completate cu întrebări.

În cazul atitudinilor **suportive**, accentul cade asupra suportului emoțional, a confirmării valorii persoanei respective, a justeței poziției sale.

Metodele non-directive urmează o linie strictă de asistare a clientului, căruia îi permit să-și retrăiască trecutul și, posibil, prezentul. O anumită contradicție între a sfătui, a nu te implica și oferta de sprijin emoțional a fost depășită de doctrina umanistă a lui C. R. Rogers, prin care angajarea emoțională în cadrul relației empatice devine o etapă premergătoare oricărui alt tip de intervenție.

2.4.4.3. Alegerea stilului sfătuirii. Menținerea strictă în cadrul unei singure linii de conduită în toate cazurile și pe tot parcursul procesului terapeutic poate să creeze reale impedimente. În situațiile apărute în practică, cazurile sunt multiforme și nu pot fi încadrate sau abordate numai într-un anumit stil sau explicate, încadrate într-o singură doctrină psihoterapică, ceea ce impune flexibilitate și un adevărat arsenal de tehnici la dispoziția terapeutului, care o va găsi, cu timpul, pe cea mai potrivită. De aceea sunt de succes acei terapeuți care sunt în permanență pregătiți să utilizeze 3-4 metode terapeutice diferite.

Alegerea sau, mai bine zis, definirea unui stil dominant, este dependentă de personalitatea terapeutului, de profilul școlii în care s-a format și, posibil, de experiența și poziția sa socială actuală. Tind să încline către stilul directiv psihiatrii formați la o școală cu valențe strict medicale, în care medicamentele sunt armele principale, plasați în poziția de persoane executive care trebuie să ia decizii rapide pentru pacienții lor, mai ales în condițiile aglomerării din policlinică.

De aceea, după o perioadă îndelungată de practică medicală, învățarea tehnicilor moderne de psihoterapie, cu multe componente non-directive și de neutralitate emoțională impune o adevărată reeducare, pe care nu mulți din cei de vârstă mijlocie sau către apusul carierei sunt dispuși să o realizeze.

Asimilarea unui stil profesional de relaționare ajunge la o asemenea profunzime încât terapeutul nici nu-l mai sesizează, el intrând în subconștient. De aceea, un prim pas pentru orice eventuală perfecționare impune dezvoltarea autoconștientizării *(self-awareness)* urmată de crearea unui simț al auto-supravegherii treaz tot timpul, care va permite acordarea mai sensibilă la relația Eu-Tu.

2.4.4.4. Componenta educațional-pedagogică. Acordarea de sfaturi are o mulțime de secrete. Ele iau în seamă particularitățile și starea persoanei căruia îi sunt adresate, în raport cu care este ales momentul ofertei, sunt stabilite conținutul și cantitatea de informații, limbajul, stilul de prezentare.

Componenta educațional-pedagogică rămâne fundamentală chiar dacă ea poate fi mascată, diluată, pierzându-și din agresivitatea impunerii înțelepciunii altuia. Caracterul de justețe al unor indicații sau sfaturi ar părea la prima vedere determinat de competența personală a terapeutului. În realitate, chiar în domeniul medicinei și, îndeosebi, al afecțiunilor psihice, valoarea lor este dependentă de filosofia generală umană a terapeutului și de aderența la un sistem conceptual sau altul.

Aceasta face ca aceleiaşi persoane cu deficienţă mintală să i se acorde sugestii cu totul diferite, dacă nu total contradictorii, de către trei colegi aparţinând, fiecare, altei şcoli de îngrijire. O scurtă incursiune în istoria modelelor de intervenţie în deficienţa mintală [C. Oancea 1996] poate fi edificatorie.

Conform modelului custodial, care presupune ca soluţie de bază instituţionalizarea (îngrijirea medicală de bază destinată menţinerii în viaţă, implicit neglijare psihologică, segregare, protejarea societăţii civile şi reducerea sarcinilor de îngrijire a familiei), se va propune internarea timpurie, pe viaţă, a persoanei handicapate într-un cămin spital, pentru că "tot nu are nici o şansă".

Modelul intermediar va adăuga şi unele instituţii educaţionale, accentul revenind asupra recuperării deficitului psihic, câştigării unor deprinderi de relaţionare, de autoservire, de muncă. Se menţine statutul de persoană foarte dependentă, ce locuieşte în instituţii protejate. Filosofia adiacentă se referă la obligaţia comunităţii de a asigura recuperarea şi supravegherea sa continuă ca persoană dependentă.

Modelul social modifică accentul intervenţiilor asupra sprijinirii îndeplinirii rolurilor sociale ale persoanei, a liberei alegeri în măsura posibilului, a stimulării conduitei sale în calitate de cetăţean cât mai autonom. Accentuarea necesităţii socializării pune pe un plan central creşterea experienţei sociale cu abilitare maximă, integrarea cât mai substanţială în mediul înconjurător, menţinerea persoanei retardate în mediul "cel mai puţin restrictiv", de preferinţă în familie [S. Milea 1995]. Pentru aceeaşi persoană rezultă soluţii profund diferite, ajungând până la opoziţie, vezi modelul custodial versus cel social.

2.5. SFĂTUIRE VERSUS PSIHOTERAPIE

Recunoaşterea valorii terapeutice a sfătuirii, îmbogăţirea conţinutului său prin asimilarea unor concepte aparţinând şcolilor psihoterapice consacrate: (umanistă, behavioristă, cognitivă şi chiar analitică), lărgirea indicaţiilor sale au redus din aşa-zisele diferenţe fundamentale dintre ea şi psihoterapie.

Diferenţele păreau foarte clare, cel puţin în urmă cu 20 de ani. În 1978, M.Tyler considera că, în timp ce psihoterapia este o reflexie a dominării conceptuale necondiţionate a psihanalizei şi are drept ambiţie schimbarea personalităţii, sfătuirea are ca scop utilizarea mai bună a resurselor persoanei. În timp ce psihoterapia s-ar baza mai mult pe dezvăluire şi autoînţelegere, ca fundament al schimbării, fiind destinată în principal persoanelor bolnave, sfătuirea se sprijină pe relaţia terapeutică şi este destinată celor sănătoşi sau mai puţin perturbaţi psihic. Ori, în acest punct, ea se apropie substanţial de psihoterapiile scurte, aşa-zis superficiale.

În fapt, în însăşi terapeutica psihiatrică s-au produs importante reorientări, odată cu creşterea eficacităţii sale, datorate în principal progreselor psihofarmacologiei. Ca urmare a unui număr important de remisiuni sau de reuşite ale tratamentului, au apărut persoanele vulnerabile, cu sau fără simptome, şi care, ca şi familiile lor, au nevoie de un sprijin existenţial, de orientarea sau reorientarea vieţii şi a modelului lor relaţional. Mulţi dintre cei care până mai ieri erau inabordabili, au astăzi o mare nevoie să se înţeleagă pe ei şi pe cei din jur. Ori, în acest domeniu, sfătuirea este de neînlocuit ca metodă ce poate determina schimbări ale stilului de viaţă.

Pe de altă parte, discrepanţa între promisiuni şi realizări în ceea ce priveşte profunzimea modificărilor de personalitate operate de psihoterapia analitică a adus cu sine dezvoltarea alternativelor, mai limitate, mai pragmatice, cu obiective imediate, concrete, care permit îmbunătăţirea imaginii de sine şi a funcţionării subiectului. Abordările behavioriste şi cognitive pot fi considerate exemple tipice de succes. În acest spaţiu de acţiune, relaţia fundamentală de ajutor propusă de sfătuirea modernă se constituie într-o componentă de neînlocuit în reconstrucţia persoanei, bazată pe o viziune către înainte, către viitor.

2.5.1. Sfătuirea versus psihoterapia scurtă

În momentul de faţă, se conturează o substanţială apropiere între psihoterapia scurtă şi sfătuire. Psihoterapia scurtă, de esenţă psihidinamică, creată de F. Alexander şi T. M. French, L. Small şi A. Bellak, D. Malan, P. Sifneos, H. Davanloo, L. Luborski, E. Gillieron, admite câteva principii comune cu cele ale sfătuirii. În principal, acestea sunt durata scurtă şi obiective limitate, cu concentrarea asupra unei problematici bine definite. Aceasta a dus la crearea termenului de psihoterapie focală, care este definit prin atenţia selectivă acordată anumitor aspecte [D. Malan şi P. Sifneos], problematicii adaptative, conflictelor externe actuale, luarea în considerare a nevoilor [L. Small şi A. Bellak], rolul activ al terapeutului care utilizează procedee de intervenţie confruntare, interpretare, planificarea intervenţiei menită să crească eficacitatea, promovarea alianţei terapeutice prin transfer pozitiv, introducerea terapiei de criză.

Graniţele dintre cele două metode devin foarte subţiri dacă luăm în considerare nevoia de instrucţie a sfătuitorului în domeniul relaţiilor obiectale a ataşamentului şi pierderii, a inconştientului şi presiunilor sale, a realităţii psihice interioare şi a obstacolelor interne.

Sfătuirii i se poate atribui o anumită sistematizare a etapelor, o componentă psihagogică cu angajarea puternică a clientului în restructurarea sa, interpretarea rezistenţelor şi mecanismelor de homeostazie emoţională rămânând rezervată unor cazuri bine definite. Psihoterapia scurtă rămâne în spaţiul dezvăluirii şi inter-

pretării, care ar duce, în final, la autoînțelegere și experiență emoțională corectivă [T. M. French și F. Alexander].

2.5.2. Sfătuirea versus psihoterapia suportivă. În cadrul larg al psihoterapiei suportive se grupează o multitudine de metode care au drept țel comun sprijinirea, susținerea pacientului. Clientela căreia i se adresează este diferită în parte de cea a sfăturii. Ea este mult mai fragilă, fiind alcătuită din persoane suferind de afecțiuni psihice, cu Eul slab, cu apărările distorsionate, inflexibile, exagerate [R. Knight 1954, P. Novalis și colab.1993], dezorganizate sau în pericol să se dezorganizeze psihotic.

Este surprinzător că OMS-ul [1994, 1996] utiliza drept sinonimi termenul de psihoterapie suportivă și cel de consiliere terapeutică - sfătuire pentru intervențiile adresate acestei categorii de persoane, ceea ce sugerează o zonă de substanțială suprapunere a celor două metode.

Deși obiectivele sale se suprapun în mare măsură cu cele ale sfătuirii, diferențierile izvorăsc din orientarea fundamental protectivă și de restaurare a echilibrului psihic a terapici suportive și, abia pe urmă, vin cerințele adaptative [I. B. Iamandescu 1997]. Astfel, D. S.Werman [1984] definește terapia suportivă drept o formă de tratament care oferă pacientului funcțiile psihologice care îi lipsesc sau pe care le posedă în grad insuficient. Este o terapie adaptativă [E. Heim 1980] care orientează persoana către acceptarea normelor sociale dominante, menirea sa fiind să întărească apărările, să mobilizeze tăriile Eului, ceea ce duce la îmbunătățirea funcționării sociale, a abilităților de confruntare.

Este o adaptare regresivă [N. Hartmann 1968], etapizată, ce se bazează, cel puțin în primele etape, pe gratificații [M. M. Gill 1951] care întăresc activitățile Eului. Prin acceptarea necondiționată, fără rezerve a pacientului ca ființă umană, distinctă, egală în drepturi [D. Stafford-Clark, 1980], sunt împrumutate parte din concepțiile lui C. Rogers. Strategiile de tip suportiv se regăsesc în intervențiile de consiliere/sfătuire destinate celor aflați în criză, celor cu înclinații suicidare, dependenților de alcool și droguri, celor aflați într-o dezadaptare socială accentuată, suferinzilor de afecțiuni psihosomatice și altora, a căror caracteristică unificatoare o reprezintă slăbiciunea psihică. Modelul protectiv este utilizat într-o primă etapă ca făcând parte din ascultarea empatică, apoi terapeutul devine activ, stimulând clientul să revină la realitate prin reducerea dependenței

Ca și altele, psihoterapiile suportive sunt scurte. Nu se introduc termene rigide de terminare a terapiei ce pot crea presiuni excesive. Din contră, pacientul este asigurat că poate reveni oricând după încheierea formală a curei psihoterapice, fapt care îl securizează. Intermediară între terapia de tip suportiv și sfătuire, se află terapia reeducativă [L. Wollberg 1980] în care accentul cade asupra învățărilor.

Pacientul învață să-și utilizeze mai bine capacitățile și să sesizeze posibilitățile existente.

2.5.3. Sfătuirea - formă de psihoterapie. Sfătuirea apare astăzi ca una din metodele psihoterapice plasate undeva mai la începutul învățământului psihoterapic, în zona ABC-ului, fără ca prin aceasta să-și piardă din utilitate. B. Truax și R. Carkhuff [1967] consideră că termenii de sfătuire și psihoterapie au fost utilizați adesea unul în locul altuia, iar această aparentă confuzie se datorează obiectului comun: omul. Ambele se adresează anxietății, ambele insistă asupra valorificării clientului ca persoană care este ascultată cu empatie și respect.

2.6. ÎNVĂȚAREA SFĂTUIRII MODERNE

2.6.1. Învățarea sfătuirii. Prin definiție sfătuirea este o știință aplicativă, în acțiune, care există numai prin practică. O bună parte din seva ei provine din experiența contactului cu clienții, dar aceasta nu se produce în mod automat, cum ar putea părea la prima vedere, oricât de mulți am fi întâlnit în practica personală.

Din evaluările realizate asupra practicii psihoterapice a medicilor specialiști psihiatri, obținute cu prilejul cursurilor de perfecționare, au reieșit numeroase dificultăți rezultate din absența unei formări sistematice dar, de departe, cea mai însemnată a fost capacitatea redusă de conceptualizare, de judecare a experiențelor proprii, de formulare a unor ipoteze de lucru care să permită elaborarea de programe terapeutice mai îndelungate și în conformitate cu perceptele unei școli, chiar dacă noțiunile teoretice de bază erau însușite. S-a creat astfel un hiatus greu de trecut între practică și teorie.

2.6.2. Conceptualizarea reprezintă un proces de prelucrare a datelor obținute din contactul cu clientul și, posibil, din alte surse de informație. În consiliere, ca și în alte tipuri de psihoterapie, ea presupune evaluarea cazului din mai multe perspective: cea general umană (care se suprapune în bună măsură cu cea psihologică) și cea profesională, care poate fi diferențiată în cazul medicinii într-o viziune psihopatologică, psihiatrică și terapeutică, iar în cazul școlii se concretizează în cea pedagogică.

2.6.2.1. Viziunea general umană abordează clientul dintr-un punct de vedere existențialist, după modelul lui "a fi în lume". Sunt definite mai multe elemente ca: destinul (care include drumul sau ciclul vieții), situația dificilă prezentă și modul în care clientul încearcă să o rezolve, filosofia sa de viață, personalitatea sa cu calități și defecte, caracterul său, imaginea de sine precum și a celorlalți, nevoile sale și, legate de ele, modalitățile de confruntare cu lumea, relațiile cu cei din jur, modul în care le concepe, așteptările, împlinirile și

dezamăgirile sale, planurile sale etc. În cazul unui grup se edifică o bună parte din componentele portretului psihologic al fiecărui component dar şi structura grupului, relaţiile promovate de fiecare, satisfacţiile şi tensiunile, ambiţiile, ideologia şi stilul de viaţă al grupului luat ca o entitate, mai ales dacă acesta este reprezentat de familie.

Sarcina cea mai dificilă a terapeutului este de a culege toate datele din discursul adesea trunchiat al clientului, din ceea ce oferă el în timpul şedinţei prin toate canalele de comunicare şi chiar din ceea ce omite cu bună ştiinţă sau involuntar.

Terapeutul trebuie să creeze din aceste bucăţi foarte disparate o imagine închegată, un portret psihologic cât mai aproape de modelele literare, folosind similitudinile sau imaginile, cunoştinţele sale înmagazinate în zestrea sa culturală sau câştigate prin experienţa sa de viaţă. Chiar filmele, personajele din piese de teatru sau cărţi pot fi de folos în a creiona imaginea clientului şi a problemelor sale. În cazul bolnavilor este obligatorie desprinderea bolii de personalitate, în măsura în care acest lucru este posibil, şi evaluarea consecinţelor maladiei asupra desfăşurării vieţii sale.

Dincolo de reţinerea factologiei cazului, adică a aspectelor descriptive ale existenţei sale şi a situaţiei actuale, ce constituie un strat important dar, adesea, superficial, circumstanţial, este nevoie de un efort suplimentar de sinteză pentru apropierea de profunzimea problemelor sale. Acestea sunt prelucrările de fundal ce se desfăşoară concomitent în timpul interviului.

Printre sintezele importante se enumeră şi denumirea rezumativă a bolnavului şi situaţiei sale "într-un cuvânt" sau, mai corect, în câteva, nu mai mult de 5-6, într-un limbaj obişnuit, inteligibil pentru client şi care îi va fi comunicată la momentul potrivit. Formulări ca "o tânără pe cale de a fi părăsită", "sacrificată", "un bărbat nemulţumit", "ambiţiosul", "reacţie de doliu neconsumată la o doamnă izolată" etc. aduc pe prim plan aspecte precise, nucleul tematic, element care contribuie la perceperea semnificaţiei globală a situaţiei sale.

Portretul complex descris mai sus, completat pe măsura înaintării în procesul terapeutic, serveşte ca o bază pentru înţelegerea cazului dar şi pentru redarea "înţelesurilor" profesionale înapoi clientului, care le va utiliza ca material de reflecţie şi, în final, ca sursă de autoînţelegere cu efecte terapeutice.

Redarea presupune o mişcare de translaţie înspre spaţiul psihologic al clientului, printr-un efort suplimentar de conceptualizare, un fel de traducere în limbaj obişnuit, care îi va permite sfătuitului înţelegerea şi pătrunderea sensului celor spuse de terapeut. Utilizarea unui limbaj obişnuit, poate ceva mai plastic, adesea metaforic şi sintetic, permite formularea unor răspunsuri tipic psihoterapice, accesibile clienţilor din toate punctele de vedere.

Un asemenea mod de exprimare din partea terapeutului uşurează substanţial contactul cu clientul, conţinutul reflecţiilor noastre fiind de natură a cataliza schimbarea opiniilor şi concepţiilor. Acest fapt este recunoscut în timpul şedinţelor psihoterapice prin confirmări de genul "Exact, aşa gândesc eu!" sau corectări de rigoare, când clienţii nu se regăsesc în aserţiunile noastre. Găsirea unor similitudini între trăirile clientului sau situaţia sa nefericită şi modelele literare sau istorice este o artă şi permite accesul rapid şi abrupt al clientului către sine.

Iată un caz:

Un tânăr venit pentru pulsiuni suicidare violente, după ce fusese părăsit de iubita sa cu care convieţuise timp de 9 ani, a rămas uimit când a descoperit că el însuşi provocase îndepărtarea ei prin aroganţă, o continuă supraveghere a manierelor acesteia, ambiţiile de educator dar şi devotamentul mergând până la servilism şi neglijarea propriei cariere. Astfel a pierdut două servicii de consultant juridic la societăţi străine. Fata reuşise să se perfecţioneze, să aibă succes profesional şi, în acel moment, l-a părăsit pentru un altul, mult mai în vârstă, dar care o diviniza. Terapeutul a asemănat situaţia cu cea din Pygmalion, în care el jucase rolul profesorului Higgins, iar ea pe cel al Elizei. În acel moment, el a înţeles că "trădarea" suferită era firească şi putea fi corectată prin renunţarea la atitudinea de "părinte" şi "pedagog", la fel ca profesorul Higgins, dar şi prin reconstruirea unei cariere personale independente, care să îl facă mai atractiv. Într-o singură şedinţă s-a câştigat o substanţială autoînţelegere, confirmată de informaţiile ulterioare. Totodată, a renunţat la medicaţia antidepresivă şi a început să păşească pe un nou drum.

Definirea în termeni laici a unei problematici, în sensul "situaţiei de viaţă", permite apropierea de ea cu mai mare uşurinţă şi găsirea unor soluţii concrete corespunzătoare nevoilor subiectului.

2.6.2.2. Viziunea psihologică. Instrucţia psihologică a terapeutului îi va permite să definească în termeni tehnici aspectele de mai sus prin prisma noţiunilor de psihologie personală şi socială, a celor de psihopatologie. În comunicarea cu clienţii, aceştia pot fi utilizaţi cu oarecare economie, ţinând seama de nivelul lor intelectual şi de cel educaţional. Astfel stările afective, care aparţin în general gamei negative (anxietate, mânie, depresie) vor fi denumite cu toate nuanţele sau intensităţile lor posibile, fie sub denumirea lor ştiinţifică, fie prin echivalenţele din limbajul curent. Însuşirea termenilor psihologici de specialitate de către pacient poate contribui la crearea unui sistem explicativ ştiinţific şi la modificarea sistemului defectuos de atribuire, chiar dacă uneori, dacă nu sunt bine înţeleşi, ei pot deveni surse de confuzie.

Pe parcursul procesului terapeutic este aproape întotdeauna nevoie să se introducă noţiuni noi, menite să lărgească orizontul de cunoştiinţe al clientului şi

care pot fi denumite în termeni mai tehnici. Ele vor constitui baza de plecare pentru restructurarea gândirii şi pentru învăţările specifice procesului psihoterapic.

2.6.2.3. Perspectiva profesională asigură identificarea unor problematici specifice cu soluţii tehnice, cum ar fi fobia socială şi metodele cognitiv-behavioriste. Este deosebit de folositor a gândi psihopatologic în legătură cu tulburările manifestate sau comunicate de client. Se deschide calea unei abordări corecte, fiind reduse riscurile de erori severe, cum ar fi tratamentul strict psihoterapic al unor afecţiuni psihiatrice majore, care beneficiază mult mai mult de chimioterapie.

Viziunea medicală merge către încadrarea fermă într-o tramă de diagnostic şi se adresează în primul rând bolii. Riscul său este de a distrage atenţia de la problemele psihosociale ale subiectului sau/şi familiei sale. Definirea conceptuală sau operaţionalizarea [H. Hoffman şi colab 1998] trebuie parcursă încă din perioada de selecţie a cazului. În orientările moderne, cele două abordări nu se mai exclud ci se completează, oferindu-se şansa de a răspunde atât bolii cât şi bolnavului cu problemele sale de viaţă. Este de presupus ca educatorul să definească elevul din punct de vedere pedagogic şi să-l plaseze într-o categorie de diagnoză şcolară.

2.6.2.4. Perspectiva terapeutică priveşte evaluarea psihoterapică sau operaţionalizarea [vezi cap VII] care va defini particularităţile şi nevoile clientului ca o etapă către selecţia unui model profesional de intervenţie dintre cele propuse de diverse şcoli. În lumina conceptelor fundamentale ale curentului respectiv, datele vor fi prelucrate pentru a se obţine: definirea semiologică şi etiopatogenică, crearea unei ipoteze de lucru şi alegerea metodei terapeutice potrivite.

Dacă se doreşte o intervenţie cu design behaviorist, va fi important să se identifice implicarea factorilor de condiţionare şi de menţinere a tulburărilor prin contingenţe. Abia după elaborarea modelului explicativ se va putea trece la alegerea metodei de intervenţie, în raport cu indicaţiile din literatură. În capitolele următoare se va reveni asupra selecţiei şi planificării unei intervenţii.

Pentru realizarea unei competenţe reale într-un domeniu atât de complicat a fost dezvoltat un sistem de învăţare mai complex, bazat pe experienţă, denumit învăţarea experienţială [C. Rogers].

2.6.3. Învăţarea experienţială. Celor două binecunoscute componente ale educaţiei obişnuite - cunoştiinţe şi abilităţi - li se adaugă şi o a treia - experienţa, care este valorificată la un nivel superior. Integrarea lor se realizează în cadrul unui proces pedagogic mai aparte. În modelul clasic, focusul întâlnirii educaţionale se plasează asupra profesorului şi predării cunoştiinţelor sub forma de prelegeri. El conduce procesul de învăţământ cu mai multă sau mai puţină autoritate, iar cuvântul şi punctele sale de vedere au greutatea unui "magister dixit". Tot el decide după principii strict didactice scopurile şi obiectivele programei analitice şi metoda de examinare [P. Burnard 1989].

Din perspectiva experienţială, denumită şi romantică, în centru se află elevul, care învaţă singur sau împreună cu alţii, prin activitate şi experienţă. Se acumulează cunoştiinţe cu un grad de relativitate implicând şi percepţia personală asupra lucrurilor. Poziţia profesorului este substanţial schimbată. El devine un facilitator care ajută la interpretarea experienţelor, la dezvoltarea comunicării dintre elevi, conceptualizează împreună cu ei şi îşi modifică punctul de vedere pe măsura acumulării de cunoştiinţe asupra cazului. Elevii sunt îndemnaţi să reflecteze la experienţa trecută şi să-şi planifice activităţile viitoare. Acest model de educaţie pune accentul asupra judecăţii autonome, libertăţii de gândire, valorificării experienţei subiective.

În procesul de învăţare experienţială se pot delimita mai multe componente care se vor detalia în continuare.

2.6.3.1. Cunoştiinţe sau informaţii despre un subiect sau altul, de exemplu, cartea de faţă. Aceste informaţii sunt vitale, creează perspectiva teoretică şi baza conceptuală a procesului de învăţare.

2.6.3.2. Abilităţi care, în cazul de faţă, implică utilizarea unor comportamente specifice verbale şi neverbale. Ele corespund conceptului de a şti cum să faci *(know-how)* [G. Ryle 1949]. Abilităţile reprezintă substanţa unei activităţi profesionale de succes şi cuprind numeroase aspecte tehnice care trebuie asimilate ca atare. Într-o viziune simplistă, ele ar putea fi asimilate cu îndemânarea de a efectua o injecţie sau de a face un pansament. Toate sunt precise şi oarecum codificate şi se câştigă prin practică.

2.6.3.3. Experienţa aduce cu sine cunoştiinţe rezultate din întâlnirea directă cu un subiect. Nuanţa subiectiv afectivă a acestor întâlniri conduce la crearea unor cunoştiinţe rezultate din relaţionare şi contact direct, care sunt dificil de transpus în cuvinte. M. Polanyi [1958] le denumeşte cunoştiinţe tacite. Se ajunge la o învăţare cu puternică amprentă personală care are efecte asupra Eului, cu condiţia ca experienţa să fie reflectată şi conceptualizată.

a. Reflectarea. După D. Kolb [1984], plecându-se de la o experienţă concretă şi de la observaţie, se înaintează spre reflectare, ajungându-se la concepte abstracte şi generalizări care vor fi testate în experienţele ulterioare. Prin aceste operaţiuni şi verificarea ipotezelor emise în timpul procesului terapeutic, învăţarea experienţială oferă şansa unei pătrunderi mai în profunzime, specifică "praxisului" profesionist. Confruntarea cu cazuri nu este suficientă. Dincolo de banala operaţiune de diagnosticare psihologic-psihopatologică, este nevoie ca ele (cazurile) să fie aprofundate teoretic, să fie conceptualizate, pentru a se ajunge la descoperirea semnificaţiilor, la definirea nevoilor de psihoterapie, la găsirea metodei potrivite, la înţelegerea procesului terapeutic.

Învăţarea prin descoperire, teoretizată de J. Dewey [1938], presupune un ciclu în care experienţa actuală prepară pe cineva pentru cele de mai târziu, mai

profunde, creându-se astfel premizele pentru continuitate şi reconstrucţia experienţei. Reflectarea devine mijlocul principal de a schimba cunoştiinţele şi semnificaţiile. Ea presupune nu numai discutarea faptelor ci şi încadrarea lor conceptuală în spaţiul unui sistem teoretic deja cunoscut (analitic, berhavioral, cognitiv, umanist) sau, de ce nu, într-un mod de gândire original.

b. Autoformarea. Naşterea unei conduite profesioniste de calitate este legată de o poziţie foarte activă a studentului. Pe tot parcursul perioadei de ucenicie, el nu va mai fi receptacolul pasiv, hrănit cu cunoştiinţe standard şi cazuri pe de-a întregul digerate prin bunăvoinţa îndumătorilor săi. El nu este "învăţat" numai prin strădaniile şi autoritatea profesorului ci se formează, accentul punându-se pe experienţa trăită sub diferite forme. Experienţa subiectivă aduce cu sine relativizarea cunoştiinţelor şi analiza critică asupra evenimentelor şi persoanelor. Este stimulată originalitatea şi autorealizarea profesională.

Studentul "se construieşte" prin voinţa şi bunăvoinţa proprie, în mod activ şi participativ, prin reflectare şi căutarea febrilă a sensurilor profesiunii, prin efectuarea cu scrupulozitate a temelor dar şi înţelegerea lor, prin trăirea exerciţiilor. Aceasta presupune acţiune şi participare la viaţa grupului, împărtăşirea trăirilor, reacţiilor şi proceselor ideative rezultate. Activitatea se traduce prin punerea de întrebări, ridicare de probleme, participarea la munca structurată, la jocul cu roluri, la examinarea de clienţi, expunerea şi comentarea de materiale semnificative, cum ar fi înregistrările audio sau video, textele scrise, desenele etc., într-un cuvânt, prin multă strădanie personală.

A te exprima devine esenţial, aproape un privilegiu, care trebuie câştigat prin depăşirea inhibiţiilor şi a reticenţelor. În acest context, grupul de învăţare a sfătuirii capătă locul central în formare. El devine locul de reflecţie, arena unde există întotdeauna timp pentru discuţiile şi disputele prin care viitorii profesionişti vor deveni din ce în ce mai asertivi, mai capabili să examineze teoretic materialele prezentate.

Înregistrarea ideilor principale rezultate din analiza cazurilor şi din luările de cuvânt, crearea de ipoteze de lucru reprezintă exerciţii specifice procesului de prelucrare de care are are nevoie "aurul brut" al factologiei. Totodată, se dezvoltă obiceiul consemnării, specific meseriei, ca şi respectul faţă de aserţiunile altora.

Viaţa în grupul de învăţare experienţială constituie o etapă de tranziţie în care este acoperită distanţa dintre poziţia de elev şi cea de viitor profesionist, de îndrumător de destine şi de lider de grup.

c. Autoconştientizarea. Importanţa reflecţiei în timpul experienţei personale este crucială, însă nu orice reflecţie. Pentru a învăţa trebuie să pornim de la noi înşine, să învăţăm să ne amintim de noi înşine, să conştientizăm poziţia noastră (self-awareness) în întâlnirea Eu-Tu, să apreciem participarea noastră, să definim corect contribuţia noastră la desfăşurarea comunicării. Termenul de

"corect" marchează conştientizarea şi reducerea riscurilor subiectivităţii exagerate a terapeutului, declanşată de bine-cunoscutele mecanisme psihologice ale fiinţei umane în timpul unei întâlniri.

De exemplu, într-o ceartă conjugală intră în acţiune un mecanism de scotomizare, o orbire parţială, prin care sunt luate în seamă numai vorbele şi faptele celuilalt, ignorându-se propriile vorbe, purtări, atitudini. De aceea, orice relatare obişnuită a unui participant la un incident prezintă numai partea sa de adevăr, ignorând porţia sa nefericită de contribuţie rămasă neconştientizată. Aproape jumătate din viaţa fiecăruia este caracterizată de gesturi automate, semiconştiente, care trec greu sau deloc de filtrul conştiinţei. Totuşi, numeroase aspecte din interiorul sau dinafara noastră sunt supuse filtrului cenzurii.

De aceea, una din precondiţiile învăţării psihoterapiei este dezvoltarea conştiinţei de sine prin autoobservare, prin exerciţii de conştientizare a senzaţiilor, a gândurilor trecătoare, "de fundal", ce sunt generate, însoţesc şi parazitează adesea comunicarea cu clientul, creând obstacole neprevăzute. Aceasta presupune exerciţii adecvate, menite să crească acuitatea şi să lărgească aria autopercepţiei, esenţială pentru definirea reacţiilor de contratransfer negativ şi a idiosincraziilor, adică a persoanelor sau a comportamentelor care sunt apriori antipatice.

Prin eforturi proprii, fiecare îşi construieşte un Ego terapeutic, atent la ceilalţi, dar şi la sine. Prin dezvoltarea conştiinţei de sine, dar şi profesionale, studentul devine capabil să analizeze o situaţie prin proprii "ochi" şi să aprecieze reacţiile sale generate de situaţia terapeutică.

d. Condiţiile învăţării experienţiale. În vederea creării unei atmosfere de grup, esenţială este poziţia liderului. Aceasta poate fi permisivă, facilitatorie, de stimulare a gândirii celorlalţi sau, din contră, directivă, autoritară, exprimată în atitudini foarte exacte, rigide. Regimul de învăţare restrictiv, dominat de reproducere, a descurajat interpretarea bazată pe opinii sau teorii personale, considerate de multe ori drept erezii faţă de dogma şcolii respective. El reflectă preocuparea deosebită pentru coeziune şi puritate ideologică, reîntâlnită şi în curentele politice.

Învăţarea experienţială impune şi cadrelor didactice restructurări substanţiale, menite să elimine aroganţa poziţiei de lider. La începutul carierei de facilitator poate apărea o anumită sfâşiere, o nehotărâre între a lăsa ca discuţiile să curgă lin, cu observaţii, consideraţii, dispute şi concluzii aparent fără direcţie şi un drum bine structurat, ferm şi relativ bine condus, în care punctul pe i este pus întotdeauna de lider. Riscul pierderii direcţiei în cazul discuţiilor libere este mic, deoarece în practică se ajunge în mod invariabil la substanţa problemei şi la concluzii foarte apropiate, indiferent de stilul de abordare ale elevilor şi facilitatorilor.

Fără a nega importanţa alinierii teoretice, este extrem de important ca elevul să supună unui adevărat proces de cenzură explicaţiile sau modelele aduse în

discuție. Experiența ultimilor 30 de ani a demonstrat posibilitatea încadrării aceluiași material factual din variate perspective și a definirii de terapii alternative, cu eficacitate comparabilă.

Dacă în anii '50 nevroza obsesională părea o afecțiune strict psihogenă, aparținând psihanalizei clasice, de cursă lungă, după 1980 varianta chimioterapică a devenit o realitate, prin pachetul de psihotrope alcătuit din antidepresive anti-serotoninergice, clomipramina, fluvoxetina, sertralină, paroxetină, carbamazepină, litium. Reducerea simptomelor obsesionale prin medicație, în multe cazuri într-un timp relativ scurt, constituie un rezultat încurajator, mai ales că se obține prin eforturi mici. Totodată, a devenit mai consistentă abordarea psihoterapică behavioral-cognitivă.

e. Înțelegerea psihoterapică. În învățarea psihoterapiei, etapa inițială este reprezentată de înțelegerea clientului, urmată de însușirea tehnicilor de intervenție și, în final, de cea a abordării punctuale a fiecărei afecțiuni sau domeniu.

În vederea încadrării în canoanele înțelegerii de tip psihoterapic, remodelarea stilului laic de gândire presupune un important număr de exerciții și confruntări într-o atmosferă de securitate, înțelegere reciprocă și răbdare. Ea corespunde cu dezvoltarea unei noi perspective în înțelegerea omului. Ori, în acest spațiu intervin mai multe variabile decât ar părea la prima vedere: experiența proprie, prejudecățile, un întreg trecut de interpretări ale realității, modelele din cărți, filme etc.

Pe măsura desfășurării procesului de formare, studentul se va apropia tot mai mult de viziunea psihoterapică care se realizează din cultura psihologico-psihiatrică a fiecăruia, alegând unul dintre curentele științifice: "personologice" [B. Cattell], "caracteriologice" [clasicii Plutarh, Rochefoucauld, A. Adler etc.], "developmentale" al psihologiei dinamice [S. Freud, C. Jung, E. Fromm, K. Horney], interpersonale [M. Argyle] și psihogeniste [E. Kretschmer, H. Selye, R. Lazarus-S. Folkman], cognitiv-behavioriste, filosofia existenței, a lui "a fi în lume", proprie existențialismului modern și bunul simț (înțelepciunea comună).

Față de profanul care se lovește și se oprește la aparențe sau la simptome, persoana de ajutor, adoptând modelul de gândire psihoterapic, construit pe îndelete, va învăța să acceadă treptat către stratul suferinței, al neîmplinirii, al regretului și indignării, al eșecului și depresiei manifestate de subiecți. Se vor învăța și micile semne care corespund undeva, în fundal, imaginii unor ființe complicate, cu straturi și ascunzișuri. Nucleul slăbiciunii fiecăruia este ținut, de obicei, departe de ochii altora, iar aspectele de suprafață constituie de multe ori ținte false.

Această concepție se reflectă în împărțirea etapelor de formare în psihoterapie, propusă recent de Uniunea Europeană de Psihoterapie [1996] adoptată și de Asociația Română de Psihoterapie [1997] precum urmează:

1 - o etapă introductivă de **pregătire teoretică** (prelegeri, seminarii) de minimum 320-350 de ore,

2 - cel puțin câteva ședințe de **autoanaliză** cu un profesionist și

3 - **practica psihoterapică** supervizată, de circa 1500 de ore, reprezentând majoritatea timpului în care se învață lucrând.

2.6.4. Autoanaliza profesională. Încă de la începuturile psihoterapiei profesioniste, reprezentată de psihanaliză, s-a ajuns la concluzia că este necesară o autoanaliză didactică a fiecărei persoane care dorește să practice această meserie. Astfel au început S.Freud și elevii săi apropiați (C. Jung, A. Adler, S. Ferenczi, M. Balint), autoanaliza didactică intrând treptat în cutumele formării ca psihanalist. Ea este menită să obișnuiască viitorul specialist cu particularitățile situației de analizat. Trăirile din timpul analizei didactice devin o sursă de învățăminte, iar autocunoașterea rezultată cu ajutorul colegului reprezintă o etapă în drumul către statutul de psihoterapeut. Ea oferă șansa de a trăi pe "propria piele" situația deosebită în care o persoană este plasată ca și client, și anume, de a simți presiunea tăcerilor, obligația de a te dezvălui, de a aduce la lumină lucruri relevante, de a vorbi despre orice gând sau asociație de idei ce apare în minte, oricât de jenante ar fi ele, de a fi în situația psihoterapică ce lipsește persoana de cenzura protectoare a tăcerii. A aduce în discuție gândurile proprii, ascunse, poate reprezenta un moment jenant sau de temut. Celebrul scriitor Somerset Maugham remarca în autobiografie că, dacă fiecare ar dezvălui gândurile sale cele mai ascunse, ar putea să apară ca un monstru mai mic sau mai mare, deși în viața de toate zilele este o persoană cât se poate de onorabilă.

Transpunerea în poziția persoanei suferinde, nefericite, aflate în nevoie reprezintă o operațiune dificilă, care nu reușește întotdeauna, mai ales în cazul persoanelor tinere, sănătoase, susținute de o situație materială bună și de o existență fericită.

Exercițiile de simulare au arătat că, pornind și de la un material imaginativ, se poate deslănțui o teamă în fața dezvăluirii, o rezistență față de procedurile terapeutice, mai ales în raport cu poziția culcată ("pe divan "), frica de dependență și față de prezentarea intimităților. Scopul autoanalizei este de a defini structura apărărilor viitorului terapeut și eliberarea sa de eventualele complexe nevrotice ce se constituie în obstacole inconștiente față de procesul de sfătuire. Discuțiile didactice în grup pe marginea exercițiilor de autoobservație, de autodescriere la persoana a III-a (ca "el este...") permit înțelegerea dificultăților de transpunere în rolul de client, ca și a multiplelor reacții ce pot submina/sabota intenția părților, precum și intuirea cerințelor impuse terapeutului în vederea netezirii drumul viitoarelor întâlniri psihoterapice.

Nu este suficient să dorești să devii sfătuitor/psihoterapeut în mod abstract, pe planul gândirii. Pentru a te transforma într-un profesionist, este nevoie de schimbări într-un spațiu mult mai cuprinzător. Întrucât sfătuirea, ca și tehnicile înrudite din domeniul cognitiv-behaviorist, nu angajează atât de mult apărările clientului, durata procesului de autoanaliză pentru profesioniștii din domeniu poate să fie ceva mai mică. Pentru psihanaliști, autonaliza completă poate dura între 1-3 ani.

2.6.5. Supervizarea. Se pornește de la constatarea că structurarea ca profesionist în psihoterapie/sfătuire este dificilă și lasă un spațiu foarte mare pentru aleatoriu, cu alte cuvinte pentru conduita la întâmplare, ineficientă sau cu risc. Aceasta a impus, ca parte a procesului de învățământ, instituționalizarea monitorizării eforturilor proprii, prin îndrumarea personalizată din partea unui profesionist care să confirme sau să corecteze stilul adoptat la început, în perioada de nesiguranță și căutări.

Este de subliniat că autostructurarea și disciplina unui viitor specialist sunt verigile care asigură soliditatea construcției ca profesionist. Informațiile prezentate în capitolele următoare oferă jaloanele sau codurile profesionale care trebuie atinse și respectate conștient în cadrul unui anumit tip de practică specializată.

Încă din primele etape ale edificării psihoterapiei moderne, s-a ajuns la concluzia că ea poate fi învățată printr-un sistem de ucenicie la locul de muncă, în cadrul căreia mișcările elevului sunt strict vegheate de specialist.

Cuprinderea intelectuală este doar un aspect limitat. De aceea, numai cineva din afară, un coleg sau un supervizor, poate stabili gradul de "acordare" atitudinală și emoțională a activității de acest fel. Lucrul cu clientul sub o observare din afară apare ca o cerință firească a însușirii abilităților dar și a "spiritului" profesiunii. Observarea din afară se poate îndeplini astăzi mai ușor cu ajutorul înregistrărilor moderne audio sau video, care oferă și șansa de a se putea relua analiza de câte ori este nevoie.

Supervizarea presupune examinarea, împreună cu un specialist, a materialului produs în timpul ședințelor cu pacienții personali, a trăirilor și a atitudinilor personale generate de poziția de terapeut. Învățămintele rezultate din evaluările comune sunt menite a ușura mersul înainte al procesului terapeutic și, adesea, a fortifica curajul elevului, întărindu-i încrederea în sine. Se va evalua strategia terapeutică și modul de punere în aplicare a ei, ca și dificultățile întâmpinate.

Discuțiile prilejuite de supervizarea cazului permit corectarea eventualelor erori în înțelegere, interpretare și în orientarea conceptuală. Se consideră că numai validarea practică a viitorului profesionist, pe baza unor materiale concrete, poate oferi certitudinea însușirii corecte a profesiunii.

De aceea, certificatul de competență profesională în psihoterapie, recte în sfătuire, se poate obține prin efectuarea unei lucrări de diplomă cu supervizare.

Durata perioadei de supervizare poate să fie de circa 1 an, în raport cu resursele instituției de învățământ.

2.6.6. Sprijinul profesional. După certificare și începerea activității în calitate de sfătuitor/psihoterapeut, este oportună menținerea sprijinului profesional și uman, fie din partea fostului supervizor, fie cu ajutorul altor colegi, deoarece și psihoterapeutul este supus unor vicisitudini inerente activității.

Se consideră că oricare psihoterapeut se poate resimți negativ datorită efectelor de uzură rezultate din încărcarea cu informații negative, din preocupările excesive profesionale [P. Burnard 1991]. Acestea pot declanșa împreună o stare de epuizare, care se exprimă prin dezinteres și tulburări de concentrare a atenției și de memorie, stare denumită în literatura anglo-saxonă *"burn-out"*, și care este asemănătoare cu cele din neurastenia clasică. Alături de repaus și schimbarea temporară o obiectului activităților, aceste stări răspund foarte bine la suportul oferit de colegi, prin împărtășirea grijilor, a frământărilor legate de exercitarea acestei complicate profesiuni.

Pentru prevenirea efectelor de uzură, este bine ca fiecare profesionist să aibă de principiu un coleg confident, căruia să-i poată împărtăși și deșerta periodic acest reziduu al combustiei psihoterapice. Unii autori vorbesc de rezervarea a până la o treime din timpul de lucru pentru împărtășirea experiențelor cu colegii de breaslă, ceea ce explică și frecvența ridicată a pauzelor din timpul activităților, care se practică în unele țări ca, de exemplu, Marea Britanie.

Un remediu fundamental în depășirea însingurării specifice meseriei de psihoterapeut îl reprezintă asocierea și participarea la ședințele societăților cu profil de psihoterapie. Acestea permit susținerea psihologică, dezvoltarea profesional-științifică și împlinirea idealurilor.

2.7. POZIȚIA SFĂTUIRII/CONSILIERII

În peisajul practicii psihoterapice, poziția sfătuirii/consilierii rămâne încă de definit. Ca statut, ea oscilează între a fi o profesiune distinctă, a reprezenta o competență profesională sau o abilitate profesională atât în Romania cât și, în general, în lume. În schimb, una tendințele cele mai pregnante ale societății moderne o reprezintă includerea principiilor comunicării de sprijin în programele de formare profesională, recunoașterea nevoilor de sfătuire, consiliere, consulting, de suport în cele mai variate medii, pornind de la slăbiciunea funciară a individului în fața presiunilor venite din toate direcțiile. În societatea modernă, individul trebuie să fie pregătit să înfrunte și să depășească momentele de cumpănă fără pierderi prea mari. Originară dintr-o activitate de lux, și anume, psihoterapia destinată bolnavului psihic, activitatea de sfătuire/consiliere capătă astăzi o dimensiune nebănuită, prin tendința de punere a ei la îndemâna tuturor.

2.7.1. Ca **profesiune** distinctă activitatea de sfătuire/consiliere a apărut în Anglia, ca formă principală de activitate pentru cei care practică sfătuirea/consilierea conjugală, de orientare profesională şi alte tipuri.

2.7.2. Ca şi **competenţă** activitatea de sfătuire/consiliere este destinată psihiatrilor, psihologilor, medicilor de orice specialitate, asistentelor sociale şi de psihiatrie, celor care practică pedagogia specială, educatorilor. Aceasta presupune un proces de formare sistematică, urmată de certificare şi o activitate sistematică în domeniu, într-un cadru instituţionalizat, drept supraspecializare. Activitatea de sfătuire/consiliere completează activitatea de bază.

2.7.3. Activitatea de sfătuire/consiliere reprezintă **abilitate profesională** pentru majoritatea persoanelor care lucrează în anumite profesiuni, practicieni, având mai multe etape de formare: elementar, avansat etc. Ea reprezintă o activitate recunoscută de casele de asigurări pentru sănătate, ceea ce va presupune un proces de calificare pentru majoritatea profesioniştilor.

CAPITOLUL III
ISTORICUL SFĂTUIRII

3.1. SFĂTUIREA A EXISTAT DIN TOTDEAUNA

Multe persoane au avut nevoie de un sprijin din afară în momentele deosebite ale existenţei lor, în situaţii de conflict, boli, pierderi, divorţ, naşteri, dificultăţi relaţionale. De-a lungul ciclului vieţii, se profilează un şir întreg de situaţii cu potenţial psiho-patogen, adesea cu implicaţii asupra grupului, iar societatea îşi asumă aproape automat o anumită responsabilitate asupra echilibrului mintal, comportamental şi social al fiecărui individ. Este în fapt raţiunea sa majoră de a exista ca reglator social, iar din aceste necesităţi a apărut instituţia sfătuirii, care a purtat diferite nume de-a lungul istoriei, fără a-şi înceta vreo clipă existenţa. Din acest punct de vedere, instituţia sfătuirii poate fi apreciată drept un stabilizator social, ca un conservator al ordinii.

A apărut şi persoana competentă, investită cu îndeplinirea acestui rol social: înţeleptul, şeful, preotul sau marele preot, şamanul şi alţii. Tuturor acestor persoane li s-a conferit un anumit prestigiu social, considerat ca element fundamental în mecanismele de influenţare ale psihicului uman.

3.2. SFĂTUIREA CA FORMĂ DE REGLARE SOCIALĂ

Sfătuirea apare ca un mecanism reglator social şi de reducere a influenţei negative a psihotraumelor şi a consecinţelor lor, a suferinţei şi chiar a devianţei sociale. În general, linia propusă este menită să conserve valorile culturii respective [J. Barcley 1971], reprezentate prin obiceiuri, reguli, concepţii, instituţii. Acestea formează baza filosofiei vieţii din spaţiul cultural respectiv şi contribuie în mod esenţial la salvgardarea existenţei umane, prin stabilirea de reguli stabile şi predictibile ale comportamentului uman. Fără îndoială că prin sfătuire a fost încurajat comportamentul orientat prosocial, care are o mai mare eficacitate în rezolvarea problemelor esenţiale ale existenţei şi asigură securitatea membrilor grupului. În vederea eliminării oricăror surse de confuzie, fiecare societate a elaborat propriul set de criterii de valoare ale comportamentului normal versus devianţă precum şi un mod de rezolvare a situaţiilor cu risc.

Asemenea concepte capătă în prezent o importanţă sporită, fiind vorba de o perioadă istorică de amalgamare etnică şi religioasă, în care iese la iveală tensiunea, cu grele consecinţe economico-sociale, rezultată în urma contactului dintre două sau mai multe culturi ce promovează stiluri de viaţă diferite precum şi severe rivalităţi. Sunt edificatoare exemplele fostei Iugoslavii, Libanului, Ruandei.

Într-o situaţie aproape asemănătoare se află ţările foste comuniste, în tranziţie spre o economie de piaţă, în care se conturează riscul unei perioade de dezintegrare culturală pe mai multe planuri. La binecunoscutele probleme legate de industrializarea rapidă, urbanizare şi dezrădăcinare s-au adăugat şocul trecerii la economia de piaţă şi apariţia elementelor specifice societăţilor liberal-democratice, a inegalităţilor sociale. Sfătuirea ca proces tinde să-şi schimbe sensul. Din păstrător al anumitor valori sociale de tip conservator, sfătuitorul devine un promotor al schimbării şi înovării, al afirmării de sine, al utilizării mai judicioase a resurselor umane.

Istoria sfătuirii reflectă în mod fidel pe aceea a civilizaţiei umane, a concepţelor religioase, a celor ştiinţifice şi a instituţiilor. Eficacitatea măsurilor propuse de fiecare dintre ele nu este corelată neapărat cu o amprentă ştiinţifică. Un exemplu sugestiv privind impactul măsurilor punitive psihologice în societăţile primitive este dat de cultul "woodoo" din America Centrală, în care pedeapsa cea mai severă constă în ostracizare prin declararea "morţii sociale" a vinovatului. Aceasta este urmată de moartea reală, prin inhibiţia funcţiilor vitale, într-un interval de 2-3 zile de la anunţarea pedepsei.

Şi protecţia persoanei era mai eficace în societăţile cu practici religioase magice. Studiul pilot transcultural al tratamentului schizofreniei [OMS] din anii 1980, menit să stabilească eficacitatea comparativă a modelelor de intervenţie în 8 ţări ale lumii, a demonstrat că rezultatele cele mai bune au fost obţinute, în mod paradoxal, nu în statele cele mai avansate din , ci în insula Mauritius unde, pe lângă neuroleptice, fuseseră aplicate şi ceremonii rituale de vindecare. Duhurile rele, considerate responsabile de afecţiune, erau alungate prin cântece şi dansuri, la care participa întregul trib. De aceea, se poate afirma că orice model de intervenţie psihologică propus de-a lungul istoriei are dreptul la un anumit respect.

Pornind din interiorul său, în decursul istoriei au fost dezvoltate două mecanisme de control social subtil al omului: religia şi filosofia. Acestea şi-au menţinut influenţa până în prezent, multe din teoriile vehiculate din timpuri imemoriale revenind mereu sub alte forme.

În perioada primitivă, în care omul a fost confruntat cu o lume înfricoşătoare şi de necontrolat, au apărut concepţia animistă şi religiile menite să întărească mecanismele de apărare individuale şi colective, prin atestarea existenţei unor forţe superioare, cu capacităţi şi atitudini ambivalente, a căror protecţie putea fi obţinută prin intermediul practicilor magice, a invocaţiilor, dansurilor şi sacrificiilor. Alinierea membrilor triburilor respective la respectul faţă de divinitate era stimulată prin răsplăţi şi pedepse, mai mult sau mai puţin aspre, ce amintesc de metodele behavioriste moderne.

Încă din comuna primitivă, boala a fost considerată drept o consecinţă a păcatelor sau a spiritelor rele, a comportamentului greşit al individului. Ca urmare,

pentru vindecarea bolilor, au fost create o mulţime de rugăciuni şi ritualuri religioase, menite să anuleze efectul spiritelor sau să spele bolnavul de păcatele sale reale sau imaginare. Uşor modificate, noţiunile de "bine" şi "rău" au fost menţinute în cauzalitatea bolilor. Astfel, în psihoterapia modernă, răul a fost deplasat către inconştientul persoanei care trebuia "eliberată", prin analiza raţională, de tirania pulsiunilor imorale, dăunătoare.

Toate marile religii ale lumii au construit pentru credincioşii lor modele ale lumii, în care apar multe similitudini: în cauzalitatea fenomenelor, în codul moral, în modul de viaţă etc. Astfel, în religia ebraică, viaţa ideală trebuia să fie dominată de temperanţă, de puritate morală şi fizică, conform unor reguli ce sunt încă respectate cu mare stricteţe.

În schimb, scrierile greceşti au adus în istoria civilizaţiei raţionalul, omul, educaţia şi ştiinţa, reducând din dependenţa psihologică faţă de forţele supranaturale. Platon propunea un echilibru între raţiune, voinţă şi apetit sau dorinţe. Datoria componentei raţionale era să le controleze pe celelalte două, îndeosebi tendinţa naturală către plăcere, prin înţelepciune sau prudenţă (sophia phronesis).

Plasând raţiunea în prim plan, filosofii greci au creat concepţia modernă asupra omului, preluată mai târziu de lumea ştiinţifică. Aceasta s-a reflectat pe deplin în modelul de sfătuire propus, de exemplu, de oracolul de la Delphi, cea mai renumită instituţie de acest gen din antichitate. Verdictele sale au avut un recunoscut grad de ambiguitate, îndemnând la prudenţă, reflecţie şi admiterea posibilităţii eşecului. Sfătuitorul grec era detaşat, evitând povara relaţiei directe. Pe prim plan au fost trecute responsabilitatea individuală, libertatea de alegere, iniţiativa. Modelul a fost preluat de romani, însă, treptat, el s-a degradat prin dezintegrarea morală a societăţii şi afirmarea creştinismului, care a adus cu sine noi valori, dar şi voinţa de neînfrânt în a le impune

3.3. SFĂTUIREA CREŞTINĂ

Perioada creştină timpurie s-a caracterizat prin dezvoltarea ideologică relativ rapidă, care a constat în alinierea strictă la ideile religioase ce îl impun pe Dumnezeu ca autoritate supremă şi atotputernică, ideologie în opoziţie deschisă faţă de filosofia greacă. Dragostea şi supunerea necondiţionată faţă de divinitate au devenit baza societăţii creştine, iar modelul moralei creştine, rezumat în cele zece porunci, a fost impus prin autoritatea bisericii şi a legilor laice. Păcatul, real sau închipuit, a devenit un element reglator central anxiogen, prezent în viaţa fiecăruia, iar vinovăţia a capătat dimensiuni sau valenţe adesea nevrotigene.

Sfătuirea creştină a fost concepută în două etape: destăinuirea şi eliberarea de sub povara păcatelor prin spovedanie şi apoi iertarea, ştergerea lor prin împărtăşanie. Acestea au devenit forme fundamentale de reechilibrare psihică, prin

furnizarea protecției psihologice creștinilor înspăimântați. Pentru mai multă securitate, a fost asigurată totala confidențialitate a păcătosului, iar pentru etapa cea mai dificilă, cea a spovedaniei, a fost evitată poziția față în față, ajungându-se în religia catolică chiar la deplinul anonimat.

Pentru mai mult de un mileniu, sfătuirea a fost apanajul slujitorilor bisericii, care ofereau iertarea păcatelor, întărită de diferite forme de penitență. Momentul spovedaniei a fost gândit ca un prilej de a crește credința, de a accentua dependența față de divinitate. Umilința celor veniți să se izbăvească și continua cenzurare și vinovăție, solicitate din plin de conștiința creștină, au creat în schimb premizele unei anumite vulnerabilități și slăbiciuni psihologice.

Asprimea și rigoarea primilor teologi ai bisericii, reprezentați poate cel mai bine prin Augustin (354-430), ale cărui scrieri au devenit puncte de referință pentru urmași, au fost îndulcite în perioada scolastică de Toma d'Aquino (1224-1274). Acesta a întreprins o importantă redirecționare, pornind de la scrierile lui Aristotel ca sursă de inspirație. După opinia sa, în formarea bunului creștin, locul amenințării directe ar trebui luat de persuasiunea prudentă. Tot conform teoriilor sale, ar trebui încurajată dezvoltarea autonomiei și autodirecționării, stăpânirea emoțiilor și modelarea lor în raport cu rațiunea și principiile moralei creștine. A fost reabilitată întrucâtva personalitatea umană.

Sfătuirea creștină aplică un model directiv, care poate fi sintetizat prin comparația dintre slujitorii bisericii și păstorii care își îngrijesc turma (credincioșii), oferindu-le acestora hrana spirituală și, mai ales, sfaturi. Dialogul privat se instituie, de obicei, la cererea credinciosului.

Cea mai enigmatică realizare a influenței protectoare a religiei creștine este reprezentată de trăirea de liniștire, de starea de regăsire, resimțită de către credincioși mai ales în momentele de încercare, odată cu intrarea în biserică. Adesea se produc procese de clarificare. Sunt regăsite speranța și forța de a trăi. Dinamica influențării religioase poate fi asimilată cu auto-hipnoza pozitivă. Eficacitatea sfătuirii religioase, cu valențele ei pedagogice, este indubitabilă, pentru unele categorii de persoane ea reprezentând o importantă sursă de înțelepciune. Analiza mecanismelor sfătuirii creștine nu și-a găsit încă locul în lucrările științifice.

Influența religiei creștine s-a menținut și după îndepărtarea bisericii de putere, prin regăsirea valorilor sale charismatice din perioada de început. Și astăzi biserica reprezintă unul dintre serviciile comunitare de sprijin psihologic de o deosebită valoare, la care recurg foarte mulți oameni, în secret sau pe față. Ea le oferă fie tăria de a înfrunta viața cu mai mult curaj și încredere, fie dulcea consolare a resemnării. Ea îndeamnă către docilitate, autocontrol și pasivitate aparent pro-adaptativă, transformând suferința într-o virtute, după modelul marilor părinți ai creștinătății. Se acordă mai puțină atenție științei rezolvării problemelor care au

stat, de multe ori, la originea suferinței. Ideile sale de umilință și resemnare sunt însă în profundă contradicție cu orientările moderne în sfătuire, dominate de imperativul schimbării. Acest aspect marchează limitele suportului oferit de sfătuirea creștină.

3.4. DEZVOLTAREA FUNDAMENTELOR ȘTIINȚIFICE ALE PSIHOTERAPIEI

Abia în secolele XVI-XVII a fost reînnodat firul gândirii științifice prin marile descoperiri din domeniile matematicii, astronomiei, logicii, medicinii, filosofiei etc., realizate de o pleiadă de iluștri învățați ca J. Miller (1436-1476), N. Copernicus (1473-1543), Galileo Galilei (1564-1642), J. Kepler (1571-1630), R. Descartes (1596-1650), I. Newton (1642-1727) etc.

Ei au produs revoluția matematico-filosofică conform căreia lumea este o realitate obiectivă, cuantificabilă și guvernată de legi de necontestat. Descartes a fost cel care a creat baza filosofică a descoperirilor din psihologie prin conceptul de dualism și a introdus logica, matematica și experimentarea ca metode de investigare a realității. Descartes este astfel părintele curentului științific raționalist, care stă la originea mai multor școli psihologice. Drept continuatorii direcți ai săi pot fi considerați: J. Locke (1632-1704), G. Leibnitz (1646-1710) B. Spinoza (1632-1677) și alții.

J. Locke a dezvoltat concepția lui Descartes prin școala de gândire empirică, care s-a concentrat asupra educației. Principala sa contribuție constă în ideea că experiența poate modifica o persoană. Educația este esențială pentru a corecta tendințele naturale, cu ajutorul rațiunii care, la rândul ei, poate fi dezvoltată prin intermediul practicii. Concepțiile sale au stat la originea mai multor curente de gândire ca asociaționismul și școala învățării.

Din gândirea lui Locke s-au născut cel puțin două curente pedagogice: unul dedicat pedagogiei copilului obișnuit, inițiat de J. J. Rousseau, continuat de Pestalozzi și alții, iar altul consacrat educației copiilor defectivi, curent reprezentat de Itard, Seguin, Maria Montessori etc.

Concepția lui J. J. Rousseau bazată pe observație a dus la elaborarea modelului educației permisive și al abordării emoționale a copilului prin prisma dragostei necondiționate. O altă componentă fundamentală a concepțiilor sale este încrederea nemăsurată în capacitatea copilului de a se maturiza prin forțe proprii, prin viața în natură, care îl ajută să se dezvolte armonios. De aceea el propăvăduia întoarcerea la natură. El este precursorul terapiei non-directive centrate pe client a lui C. Rogers.

Un pas important în dezvoltarea alternativei la sfătuirea creștină a fost reprezentat de apariția psihologiei experimentaliste, bazată pe datele științifice

obținute în fiziologia percepției. Reprezentanții săi de seamă au fost: J. F. Herbart, J. Muller, E. Wundt, E. Du Bois-Reymond, C. Ludwig, H. Helmholtz. Aceștia au consolidat imaginea obiectivă asupra psihicului uman care a fost legat de substratul său material, creierul.

3.5. ÎNCEPUTURILE PSIHOTERAPIEI ȘI SFĂTUIRII ÎN EPOCA MODERNĂ

Calea către psihoterapie a fost destul de întortochiată. Ea trece prin teoria magnetismului dezvoltată de Messmer (1733-1815). Acesta susținea că intervine în ajutorul unor bolnavi prin intermediul magnetismului animal. Eficacitatea sa a rămas inexplicabilă. Mai târziu, metoda sa a fost denumită hipnoză de J. Braid. Ea a fost perfecționată de Charcot (1825-1893) și alții, devenind prima metodă de psihoterapie medicală. Foarte curând a fost elaborată și psihoterapia rațională [Dubois, 1848-1918] ca o contrapondere a rațiunii față de factorul emoțional-sugestiv al sugestiei.

Dubois a întemeiat metoda persuasivă, directivă, de tratament al nevrozelor. El a insistat foarte mult asupra delimitării precise dintre sugestie și persuasiune. Metoda sa consta în educația voinței. După o etapă de ascultare și cunoaștere a problemelor pacientului urma ca, prin intermediul metodei convingerii, să se producă clarificarea gândurilor și adoptarea ideilor propuse de terapeut, în calitate de bun prieten. Medicul trebuia să-i insufle bolnavului încrederea că el se va vindeca și, totodată, să-l însoțească pe lungul drum al autoeducării.

După D. Langen (1973), linia rațională creată de Dubois s-a sprijinit pe următoarele elemente: clarificarea, influențarea prin argumentație a convingerilor greșite ale bolnavului și educația sistematică destinată lui și familiei sale. Înrudite cu psihoterapia rațională sunt metodele create după cel de-al doilea război mondial: terapia rațional emotivă a lui A. Ellis (1943), precursoarea tehnicilor cognitive, behaviorismul, mai ales în partea de instruire, terapia realității (W.Glaser), terapia deciziei (W.Greenwald). Cea mai apropiată este însă logoterapia lui V. Frankl (1958-1970).

3.6. ÎNDRUMAREA REALISTĂ - PRIMORDIALITATEA MEDIULUI

Pe aceeași cale a apelului la înțelepciune, în diferite așezăminte din SUA, dar și din alte țări, s-a dezvoltat un curent de îndrumare realistă la începutul secolului. El a stat la baza sfătuirii școlare, a consilierii, apropiate de metodele practicate în aceeași perioadă de clinicile de îndumare a copilului și adolescentului *("child-guidance")*. Aceeași orientare a fost adoptată de școala învățării și de terapia comportamentală.

Obiectivul principal al acestui grup de tehnici este obținerea unei mai mari adecvări față de normele sociale, ale familiei și/sau comunității, a unei mai bune adaptări la problemele vieții, îmbunătățirea relațiilor cu cei de aceeași vârstă. Este o orientare către mediu, influența sa fiind considerată drept fundamentală. Se consideră că existența individuală este determinată de scopuri divergente, între care se numără nevoia de securizare și nevoia de dezvoltare. Acestea își găsesc expresia în comportamente direcționate către o finalitate, adică spre satisfacerea nevoilor.

Cei care se prezintă pentru sfătuire au o problemă generată de o atitudine sau de o exprimare comportamentală greșită sau au intrat într-o situație aparent fără soluție. Problemele trebuie să fie rezolvate. Devierea comportamentală este parțială și poate fi corectată cu ajutorul cuiva din afară care va oferi soluții, urmând ca subiectul să preia apoi responsabilitatea pentru propria existență, prin punerea lor în aplicare.

Obiectivele terapeutice au fost limitate la rezolvarea unei situații sau a unei probleme date. Printre trăsăturile orientării către mediu, J. Barcley [1973] distinge: respectarea normelor culturale, sociale, a realității obiective. Există un corp de morală, de valori și conduite care trebuie respectate. Scopul consilierii este clarificarea problemelor persoanei. Ca metode se folosesc: înțelegerea trăirilor, identificarea deficitelor comportamentale și eliminarea lor prin învățare socială.

Schimbările în comportament amorsează modificări în atitudini, trăiri și motivații, iar succesul este determinat prin criterii obiective, sociale. Se realizează un model concret de rezolvare a problemelor, împărțit în etape. Sfătuitorul se implică în definirea căilor de rezolvare și a resurselor, alegând dintre cele existente în repertoriul clientului. Scopul său este de a-l ajuta pe client să se schimbe.

3.7. ORIENTĂRI PRINCIPALE ÎN SFĂTUIRE

Cele două tendințe importante din această categorie sunt: cea clasică, tipic orientată către problemă (obiect) și cea behavioristă.

A. Orientării clasice îi aparține consilierea școlară [T. Allen, J. M. Whiteley 1968], prin care se încearcă să se demonstreze elevului/studentului că modul său de abordare a școlarității este greșit. Sfătuitorul discută, argumentează și încearcă să raționeze împreună cu elevul pentru a-l aduce către schimbare. Se încearcă redirecționarea comportamentului acestuia către conformismul social, adică o mai bună concentrare în clasă, respect față de profesori, efectuarea temelor etc. Această binecunoscută orientare a fost denumită rezolvarea realistă a problemelor. Ea are limite deja menționate în capitolul introductiv. Subiectul este plasat *apriori* în poziția dezavantajoasă de vinovat, fapt ce poate crea bariere invizibile dar puternice în calea acțiunii persuasive.

B. În **orientarea behavioristă** sau teoria învățării problema ar consta în modelele învățate ale comportamentului maladaptativ, orientarea față de sarcină a clientului fiind necorespunzătoare [J. Brown, C. Brown 1977]. Comportamentele nevrotice sau antisociale sunt considerate drept rezultat al unor întăriri greșite. Elevul nu a reușit să-și modeleze comportamentul social conform unor modele pozitive, proadaptative. Soluția ar fi identificarea contingențelor întăritoare ale comportamentelor greșite, iar prin manipularea mediului ele urmează să fie eliminate, fiind înlocuite cu cele dezirabile. Aceasta reprezintă o orientare manipulativă către obiect.

Ultimele dezvoltări științifice au adus argumente în favoarea teoriilor behavoriste. Astfel A. Bandura [1977] a propus o nouă dimensiune a funcționării mintale, și anume, eficacitatea. Succesul acțiunii și trăirea eficace rezultată modifică substanțial schemele mintale prin îmbunătățirea imaginii de sine. Ea a fost demonstrată prin aplicarea tehnicii afirmării de sine (assertive training) [J. M. Boisvert, M. Beaudry 1979]. Pentru a lărgi cadrul strâmt al concepțiilor behavioriste clasice au fost introduse ca variabile intermediare **cogniția** [A. Beck 1979] și **teoria sinelui** cu funcția sa reflexivă, de structurare a autonomiei și a coerenței interne [D. Stern 1985, G. Rudolf 1993] care aparțin altor curente, ceea ce a dus la dezvoltarea unei combinații cognitiv-comportamentale.

C. **Rezolvarea problemelor.** Curentul denumit "rezolvarea problemelor", dezvoltat în jurul experimentalismului lui J. Dewey [1913-1950], insistă asupra îmbunătățirii adaptării sociale prin îndrumarea educațională. Se realizează o mai bună autoînțelegere, fapt care ar duce, în final, la reorganizarea structurilor interne, a motivațiilor. Prezentarea didactică a problemelor trebuie împletită cu contactul afectiv și cu experiențierea interacțiunii terapeutice care favorizează asimilarea noilor conținuturi. Deși scopul sfătuirii este rezolvarea problemelor, succesul este condiționat de trăirea de securitate creată în timpul relației terapeutice și care depinde de abilitatea sfătuitorului. Modificările produse în interacțiunea terapeutică se răsfrâng asupra ambilor parteneri.

Conceptul de rezolvare a problemelor, deși ia în considerație valorile, realitatea exterioară și vinovățiile, se concentrează asupra creării alternativelor, a identificării soluțiilor, a găsirii mijloacelor de punere în aplicare. Alternativele ar trebui aduse până la elaborarea unui plan de acțiune. Decizia este trăită ca un eveniment de către individ, care o va și pune în aplicare.

Sfătuirea va fi terminată, problema fiind considerată ca rezolvată din momentul în care individul nu mai suferă de trăirile grele de vinovăție, anxietate, depresie sau frustrare. În cazul în care ele persistă, sfătuirea va continua, căutându-se noi soluții. Continuatorii lui Dewey au completat conceptele de bază prin dezvoltarea de proceduri, instruirea didactică, schimbări de atitudine sau au subliniat valoarea deciziei [D. Greenwald 1973]. Modelul propus de către Dewey și școala

sa a dus la reorientarea substanțială a sfătuirii către eficacitate, fiind reluat în bună măsură de terapia realității [W. Glaser 1976].

Unul dintre cele mai fertile curente din psihologie s-a grupat în jurul ideii de intenționalitate, care postulează primordialitatea factorului intern [J. Barcley 1973]. Ideea a fost formulată de către Toma d'Aquino, dezvoltată apoi de Leibnitz și Spinoza. Brentano [1838-1917], citat de J. Barcley [1973], a creat o psihologie a intentionalității din perspectiva acestui concept. Intenționalitatea se regăsește în teoriile psihanalitică, fenomenologică, gestaltistă precum și în școala umanistă [A. Maslow 1970, C. Rogers].

3.8. SFĂTUIREA BAZATĂ PE PRIMORDIALITATEA FACTORULUI INTERN

Intenționalitatea este concentrată asupra primatului interiorității, fiind în totală opoziție cu teoriile precedentele care subliniau importanța influențelor exterioare. În teoria intenționalității se consideră că, deși obiectele externe influențează sensoriul, ducând la apariția unei imagini, creația unei imagini interne reprezintă un act intențional. Realitatea se completează cu încă două dimensiuni: aceea a lumii subiective, care apare ca o rezultantă nu numai a acțiunii factorilor exteriori ci și a celor interiori și aceea a personalității individului, care este plasat într-o poziție centrală, activă, având capacitatea de a se autodirecționa.

Conceptul de inconștient, aparținând lui Leibnitz [1700], a îmbogățit lumea subiectivă. El a fost dezvoltat de către von Brentano și S. Freud. Printre ideile de bază freudiene se află și aceea a determinismului acțiunilor umane prin forțe interioare instinctuale, predominent sexuale, plasate la nivelul inconștientului.

Tendințele hedonice de găsire a satisfacției și principiul plăcerii devin principalii factor motivaționali, ipoteză confirmată în parte și de studiile etologice și modelele comportamentale [B. Skinner 1938]. Se poate vorbi de o structură psihică *apriori,* asupra căreia se exercită influențele exterioare și interioare. Acestea sunt percepute și/sau asimilate într-un mod subtil, prin intermediul experienței. Versantul subiectiv al existenței umane capătă a importanță mult mai mare, recunoscându-se importanța realității psihice interioare.

Dezvoltarea psihanalizei pe linia dizidenților [A. Adler, C. J. Jung, O. Rank] și a neopsihanaliștilor [K. Horney, E. Kardiner, H. S. Sullivan și mulți alții] a creat noi perspective, completând imaginea inițială, mai ermetică, prin acceptarea impactului asupra persoanei, a lumii exterioare și a prezentului, a relațiilor interumane și a comunicării interpersonale

D. Psihanaliza a creat un model original de abordare a omului, care s-a resimțit și la nivelul sfătuirii, orientarea sa fiind către subiect. Obiectivele sfătuitorului de tip analitic au fost să înlăture determinantele inconștiente ale compor-

tamentului inadecvat. Aceasta presupune parcurgerea drumului către autoînțelegere, prin autodescoperirea cauzelor. Rădăcinile atitudinilor actuale sunt plasate undeva în trecut, în copilărie, fiind legate de vicisitudinile procesului de maturizare, de parcurgerea mai puțin reușită a conflictelor inerente dezvoltării [E. Erickson 1965].

Dificultățile actuale reprezintă numai o reflectare, un transfer al atitudinilor fostului copil față de părinții săi. Ele exprimă mecanisme de apărare excesive și inadecvate vârstei și situației. În sfătuirea familiei, psihanaliza a realizat un model reflectiv, bazat pe înțelegerea motivațiilor acțiunilor copilului și modificarea lor prin acceptare și afecțiune din partea părinților [R. McConkey 1985, C. Malone 1991].

Printre modelele derivate din psihanaliză se enumeră și cel propus de către A. Adler, care a creat o adevărată școală de sfătuire, denumită adleriană [H. Mossak, R. Dreikurs 1973]. Pe prim plan trec prezentul și problemele sale, definite sintetic prin expresia "aici și acum". O altă orientare inovatoare este cea a lui E. Erickson, care aduce în prim plan modele de intervenție bazate pe conceptul ciclului vieții, în care accentul cade asupra construirii identității, a prezentului și viitorului, asupra succesului în adaptare, mijlocit de sprijinul terapeutului [P. Roazen 1980].

O nouă direcție psihologică a fost creată prin apariția curentului fenomenologic și a celor înrudite ca: existențialismul, psihologia formei și teoria conceptului de sine. Toate aceste curente se orientează către subiect, persoană, și au fost denumite umaniste. Teza lor fundamentală constă în primordialitatea lumii interioare, a trăirilor cu rol structurant sau blocant. Ele cuprind, între altele, și **Daseinanaliza** a lui L. Binswanger [1955]. Aceste orientări sunt la baza sfătuirii orientate către subiect/persoană. Ele își propun înțelegerea individului și a realității sale interioare. Scopul declarat este clarificarea conceptului subiectiv al sinelui. După A. Maslow și C. Rogers, conceptul de sine conține toate gândurile și trăirile care răspund la întrebarea "cine sunt eu". Dacă răspunsul este pozitiv, atunci persoana percepe lumea în acord cu el, dar dacă imaginea de sine este negativă, departe de Eul ideal, atunci persoana se simte nefericită. Definirea conceptului de sine se realizează prin dialogul suportiv, care duce la schimbări în autoînțelegere. Se produc schimbări în atitudini și trăiri, se elimină blocajele, se reduc apărările și defensivitatea, se învață și se experiențiază o exprimare liberă.

E. Sfătuirea centrată pe persoană, tip C. Rogers. În această teorie, subiectul este considerat ca o persoană unică, având probleme generate de o proastă imagine de sine. Ea nu a fost capabilă să își integreze trăirile despre alții, despre existență. Atenția terapeutului se concentrează asupra procesului terapeutic. Prin ascultarea empatică, sfătuitorul ajută pe client să intre în contact cu realitatea. Se realizează o experiență unică, de restructurare spontană, care va duce la maturare și autoactualizare, adică la stimularea nevoii de realizare socială, profesională și de altă natură.

Întrucât C. Rogers a influențat profund conceptele sfătuirii în ultimii 20 de ani, este importantă o prezentare mai largă a concepțiilor sale. În elaborarea unor concepții proprii, el a pornit de la o practică bogată, fără prejudecăți, realizată în cadrul unui cabinet de psihoterapie a copilului și adolescentului dintr-o clinică de îndrumare a copilului din SUA, în anii '40. Pe baza reușitelor sale, el a construit eșafodaj teoretic original.

Printre elementele de bază se enumeră concepțiile sale asupra omului, care se regăsesc în confucianism și creștinism. Se pornește de la premiza că omul este fundamental bun [J. J. Rousseau], dar împrejurările vieții pot să-i blocheze dezvoltarea, să-i înstrăineze trăirile și să stimuleze mecanisme de apărare bolnăvicioase. Defensele astfel apărute pot să servească împotriva fricilor din interior, iar persoana poate să se comporte într-un mod incredibil de crud, destructiv, imatur, regresiv, antisocial, dăunător. În realitate, în profunzime sălășluiesc tendințe orientate pozitiv, care trebuie ajutate să iasă la lumină. Ele sunt resursele latente care au nevoie de o mai mare capacitate de expresie și de o utilizare mai bună.

Cea mai importantă tendință a omului este către creștere, către maturizare socială, către o mai bună funcționare și o mai mare capacitate de a se confrunta cu succes cu viața. Acest concept, postulat de către A. Adler și dezvoltat de A. Maslow, afirmă că în fiecare persoană se manifestă o nevoie fundamentală de realizare, de autorealizare, de autoactualizare, prezentă de-a lungul ciclului vieții. În calea autorealizării se constituie obstacolele interne, care pot fi înlăturate prin intervenția terapeutică, după care procesul de maturizare se reia spontan. Fiecare își alege calea care i se potrivește și nu mai este nevoie de îndrumare măruntă. Scopurile intervenției ar consta în atingerea etapelor de dezvoltare sau de maturizare, iar aceasta poate fi realizată în timpul procesului terapeutic. Plasarea în centru a subiectului a dat și numele tehnicii - sfătuire centrată pe client - iar libertatea acordată în a alege calea de dezvoltare a dus la formula de non-directivă.

Un alt pilon al gândirii rogersiene este dat de primatul dezvoltării prin devenire. Ea se realizează prin experiență, care este o activitate supremă. Se vorbește despre "a experiența". Ca și existențialiștii, Rogers distinge 3 categorii:

- lumea obiectivă (Umwelt), aceea din jurul nostru care poate fi abordată obiectiv-științific;
- lumea subiectivă (Eigenwelt), lumea care poate fi abordată subiectiv;
- lumea interpersonală (Mitwelt), împărtășită cu alții și care este, de fapt, lumea experienței.

În teoriile rogersiene experiența are primordialitate. Ea se plasează la rădăcina schimbării. Prin experiență este favorizată dinamica vieții, curgerea sa și procesul de schimbare. Nimic nu este imobil și aceasta face ca viața să fie mai bogată și, cel mai adesea, mai satisfăcătoare. Imaginea de sine este legată de experiență și constituie un important element reglator al existenței.

Intervenţia terapeutică se realizează prin întâlnirea dintre două persoane şi depinde de calitatea acesteia. Eficacitatea terapeutului este în strânsă legătură cu modul de concepere a relaţiei terapeutice, ale cărei reguli de bază sunt: empatie, încredere pozitivă necondiţionată, împărtăşirea experienţei, naturaleţă, acceptare şi autoacceptare. Terapia capătă caracteristicile ascultării. Se încearcă pătrunderea în sensurile adânci ale existenţei, pornind din interiorul subiectului. Faptele nu sunt atât de importante pe cât este trăirea lor. Esenţa psihoterapiei este de a crea securitate emoţională şi o anumită satisfacţie pentru reflectarea lumii interne. Se realizează o comuniune în înţelegere.

Până la terapie, persoana s-a simţit ca o jucărie în mâna soartei, a forţelor exterioare, avea un locus de control extern. În timpul terapiei, el se eliberează de aceste trăiri apăsătoare şi îşi proclamă un fel de declaraţie de independenţă. De acum începe să aleagă el însuşi, să fie el însuşi, cu sinele său unic. Alături de autoînţelegere, de dezvoltarea conştiinţei de sine, se situează şi autoacceptarea. Subiectul îşi reorganizează concepţia despre sine prin apariţia unei imagini de sine mai pozitive.

Rogers defineşte câteva direcţii ale procesului terapeutic: experienţierea imediată a Eului potenţial, experienţa imediată a unei relaţii afective, refacerea afecţiunii faţă de sine însuşi, descoperirea faptului că centrul personalităţii proprii este pozitiv, însuşirea (acceptarea) experienţei proprii.

F. Şcoala cognitivă. Majoritatea curentelor menţionate s-au concentrat asupra prelucrării emoţiilor şi comportamentelor, neglijând însă gândirea. Deşi semnalată din antichitate ca sursă a fericirii, ea a fost examinată mai minuţios în raporturile cu psihoterapia abia după 1940 şi, mai ales, în ultimele decenii.

Teoria psihologică cognitivă îşi recunoaşte rădăcinile în concepţiile împăratului roman filosof Marc Aureliu [J. Cottreaux 1992] care a trăit în secolul II după Hristos. El scria în lucrarea sa "Gânduri pentru mine însumi" următoarele: "Dacă un oarecare obiect exterior te hărţuieşte, nu este el ci judecata pe care o emiţi asupra lui care te tulbură. Nu ţine decât de tine însuţi pentru a şterge această judecată din sufletul tău. Iar dacă dispoziţia ta este aceea care te tulbură, cine te împiedică să o rectifici".

Gândirea stoică a lui Marc Aureliu a introdus în psihologie "modelul constructivist", conform căruia lumea nu ar fi decât o construcţie, o viziune a spiritului nostru (recte a gândirii) prin intermediul căreia singuri ne creăm sentimentele de fericire sau nefericire. Inspirat de Epictet, el diferenţia între lucrurile care sunt în puterea noastră şi cele care ne depăşesc. Pentru a fi fericit este esenţial să ne limităm dorinţele numai la lucrurile care stau în puterea noastră. Realismul devine sursa fericirii prin cumpătarea în definirea scopurilor existenţei în raport cu resursele pe care le avem la dispoziţie.

După Cottreaux [1992], "suferinţa unui pacient provine adesea din iluziile sale asupra lui însuşi, a altora, a viitorului, a lumii, a adevărului, a binelui şi a

răului". Scopul terapiei cognitive este de a examina şi a depăşi iluziile improductive care antrenează suferinţa personală precum şi pe cea a altora. Ea porneşte de la examinarea relaţiilor dintre fapte, interpretarea lor şi emoţiile care rezultă. Terapia cognitivă se concentrează asupra monologului sau dialogului interior, asupra tonalităţii sale pozitive sau negative, asupra vorbirii către sine [Platon], asupra verigilor automate ale fluxului gândirii, a schemelor cognitive, asupra cogniţiilor şi emoţiilor negative, admiţând un inconştient cognitiv, comparabil cu cel definit de psihanaliză.

Pornind de la studiul credinţelor iraţionale, A. Ellis, unul din pionierii psihologiei cognitiviste, a ajuns la concluzia că un comportament nevrotic, deşi este stupid, poate fi exprimat de persoanele inteligente datorită imaginii grandioase pe care o au acestea despre ei înşişi. El a identificat 10 convingeri iraţionale negative care guvernează existenţa celor cu fobii sociale şi tot felul de inhibiţii (de exemplu "Toată lumea trebuie să mă iubească"). Scopul general al terapiei este acceptarea de sine necondiţionată, prin renunţarea la judecăţi drastice generalizatoare şi dezvoltarea unui sistem de credinţe pozitive care să permită o bună afirmare de sine şi reuşita relaţională.

Aplicarea metodei rational-emotive de pe o poziţie filosofică, fără a lua în considerare puternicele emoţii implicate şi necesitatea dezvoltării abilităţii de rezolvare a problemelor, duce la stereotipie şi sărăcie tehnică. Simplitatea concepţiilor ce stau la baza terapiei raţional-emotive a fost depăşită prin cercetări asupra consecinţelor gândirii negative în depresie şi în alte tulburări nevrotice. Un concep fundamental a fost acela de neajutorare învăţată, descris în depresie [M. Seligman 1975].

Cel care dat complexitatea actuală terapiei cognitive a fost A. Beck [1979] care a introdus modelul informatic complex al psihicului uman centrat pe gândire, memorie şi emoţii. El acordă o importanţă promordială distorsiunilor în sistem reflectate în gândire, în credinţe, în interpretarea realităţii şi în efectul acestora asupra emoţiilor. El considera că asociaţiile libere freudiene ignorau gândurile care apar rapid şi se declanşează automat. Deşi aflate la periferia câmpului conştiinţei, gândurile automate au un rol important, întrucât pot preceda sau însoţi sentimente depresive sau trăiri de anxietate. Ele corespund unei viziuni negative de sine, asupra lumii şi asupra propriului viitor.

Subiecţii sunt dominaţi de informaţia negativă, al cărui sediu se află în inconştientul cognitiv, aducerea sa în câmpul conştiinţei fiind declanşată de emoţii provocate de un eveniment activator neplăcut. Emoţia este considerată calea regală către identificarea cogniţiilor inconştiente, aşa cum este visul în psihanaliză. Odată definite aceste surse ale tulburărilor emoţionale, se poate realiza o abordare sistematică menită să ducă la restructurarea gândirii şi reducerea depresiei.

Terapia cognitivă este bine structurată, directivă. Ea se bazează pe colaborarea ştiinţifică, activă, dintre terapeut şi client şi un dialog care oferă şansa de a

se descoperi gândurile iraţionale, a le combate prin testarea lor în cadrul unui program terapeutic [J. Scott, J. Williams, A. Beck, 1989; R. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottreaux 1992; N. Jarousse 1996]. Ţelurile programului sunt stabilite dinainte, fiind planificate experimentele, iar ipotezele, definite în perioada de explorare, sunt puse în aplicare. Totul este ancorat în prezent. Terapia cognitivă este una din modelele de intervenţie de succes în tulburări psihice bine definite. Ea a fost parţial integrată în sfătuirea modernă..

3.9. SFĂTUIREA CONTEMPORANĂ

Succesul remarcabil al terapiei centrate pe client, care a cunoscut o răspândire neaşteptată, a scos la iveală limitele sale şi a dus la dezvoltarea unor tehnici de ultimă oră, datorite lui G. Egan [1990], R. Carkhuff [1987], J. Nelson-Jones [1990,1991], în care sunt îmbinate modelul propus de către Rogers cu unele proceduri clasice. Ascultarea empatică este considerată drept o etapă preliminară fundamentală, la care se adaugă o poziţie mai activă, lucrul cu clientul la rezolvarea problemelor sale, abilitarea sa pentru a prelua responsabilitatea rezolvării lor, adică dezvoltarea capacităţii sale de autoajutor.

Se propune un model de lucru etapizat, foarte apropiat de cel adoptat de cei centraţi asupra rezolvării problemelor. Fiecare din cei 3 autori citaţi adoptă variante care cuprind următoarele stadii obligatorii: descrierea şi identificarea problemelor prin ascultare empatică, operaţionalizarea problemele, stabilirea scopului şi a designului intervenţiei, urmărirea aplicării sale în practică şi dobândirea abilităţilor de autoajutor.

Intervenţia se îmbogăţeşte prin utilizarea unor module aparţinând unor şcoli reputate, îndeosebi cea cognitivă, comportamentală şi terapia familială. Clientul îşi păstrează poziţia centrală, fiind activ implicat în identificarea şi definirea problemelor existenţei sale. El va fi încurajat să examineze atât dificultăţile proeminente în conştiinţa sa cât şi comportamentele proprii, ce contribuie în mod hotărâtor la ele şi care traduc un deficit de abilităţi sociale. Este stimulată capacitatea subiectului de a identifica şi selecta soluţii adecvate, impiedicând risipirea în speculaţii sterile. Este încurajată independenţa în definirea intervenţiei pentru care se propune şi urmărirea punerii în aplicare. Se conturează un model tehnologizat, pretenţios, care urmăreşte în mod pragmatic rezultate concrete, măsurabile, de lungă durată, prin schimbarea stilului de confruntare şi, în final, maturizarea. Aparent, succesul ar depinde de integritatea psihică a subiectului. Practica terapiei realităţii şi a tehnicilor cognitiv-behavioriste a infirmat acest punct de vedere prin rezultatele bune obţinute, cu adaptări corespunzătoare, în multe cazuri de bolnavi cu afecţiuni psihice severe.

CAPITOLUL IV
CALITĂŢILE UNUI PROFESIONIST ÎN SFĂTUIRE

Termenul de profesionist în sfătuire se poate aplica, cel puţin formal, în ţara noastră, unui grup relativ restrâns de persoane. În schimb, este cu mult mai mare numărul celor care intervin ca sfătuitori fără să conştientizeze regulile acestei profesiuni, sub diferite forme, ocazional sau regulat, ca o parte a activităţii de fiecare zi. În această a doua categorie pot fi incluşi medicii practicieni şi personalul medical, pedagogii, preoţii, poliţiştii şi şefii unor colective profesionale.

Trecerea la rolul de terapeut, de persoană de ajutor sau la cel de înţelept este destul de dificilă, pentru că ea presupune renunţarea la atitudinile obişnuite ale unei persoane, dar mai ales ale unui educator, director, şef de colectiv, părinte sau medic.

Atitudinile primare, personale şi cele profesionale, bine înrădăcinate în majoritatea viitorilor psihoterapeuţi, vor fi înlocuite cu cele ale rolului de sfătuitor/terapeut. Este aproape imposibil ca ele să coexiste. Nu poţi să fi dimineaţa zbir şi seara sfânt/gurou/tolerant şi sfătos. În procesul de formare în psihoterapie se produce o transformare în profunzime pe multe planuri, care consumă mult timp şi eforturi pentru a se ajunge la înţelegerea şi controlul propriilor sentimente şi atitudini contradictorii. Ea a fost semnalată de absolvenţii cursurilor de psihoterapie şi de persoanele din jurul lor.

Este greu de crezut că o proporţie atât de mare dintre cei care aparţin acestor categorii profesionale ar putea poseda toate calităţile înnăscute ce reprezintă suportul natural al unui sfătuitor de talent. Printre cerinţele fundamentale se enumeră un echilibru interior fundamental - termen care se aplică intensităţii precum şi controlului reacţiilor emoţionale, răbdării şi disponibilităţii de a veni în contact cu problematica şi suferinţa umană. Răspunsul firesc este că, la o tramă generală de umanism şi bunăvoinţă, definită ca predispoziţie fundamentală a psihoterapiei, se pot adăuga, prin învăţare şi străduinţă, şi rolurile specifice.

Un element definitoriu al predispoziţiei către psihoterapie este gradul ridicat de autoacceptare al sfătuitorului, care aduce cu sine acceptarea altora, respectul faţă de altul şi încrederea [V. Tschudin 1991]. În caz contrar, nemulţumirea faţă de sine, vinovăţia şi mecanismele de apărare generate secundar vor putea duce la o morală rigidă, rigoristă, proiectată în mod nefericit asupra persoanelor care caută ajutorul, şi nu o judecată încărcată de ţâfne.

În fapt, învăţăm să nu judecăm pe cei care vin la noi acceptând problemele noastre sau, mai curând, faptul că şi noi avem probleme. Se consideră că îi judecăm cu atât mai aspru pe alţii cu cât avem noi înşine probleme nerezolvate sau pe care, deşi ne apasă, nici nu le cunoaştem. Calea către o atitudine pozitivă faţă

de clienţi sau interlocutori trece prin dezvoltarea conştiinţei de sine, fapt pentru care S. Freud a propus autoanaliza didactică pentru viitorii terapeuţi.

Departe de a constitui o activitate de "inspiraţie spontană" generată din adâncuri, practicarea sfătuirii presupune un proces de structurare emotiv-atitudinală, menit să alinieze profesioniştii la cerinţele unei activităţi atât de delicate.

Însăşi prezenţa cuiva în câmpul unei profesiuni charismatice presupune o anumită autoselecţie ce poate sugera împlinirea unor nevoi de profunzime: aceea de a fi folositor altor persoane sau dorinţa de a fi competent într-un domeniu complex şi, posibil, răsplătitor prin intervenţia unor mecanisme subtile ca: recunoştiinţa, respectul din partea clienţilor şi prestigiul social.

Asimilarea rolului profesional de psihoterapeut devine problematică, întrucât riscă să intre în contradicţie cu stilul şi ticurile profesiei de bază, dar şi cu idiosincraziile şi prejudecăţile personale sau de grup social. Ele pot crea bariere reale în înţelegere, în acceptare şi în modularea afectivă caracteristică procesului psihoterapic. Identificarea şi evaluarea lor conştientă, prin intermediul chestionarelor şi a discuţiilor, poate oferi dimensiunea schimbării ce trebuie întreprinsă.

În plus, o atitudine de grijă faţă de cel căzut, aflat "în nevoie", indiferent de aparenţe, de comportament şi statut social, se naşte şi printr-o ţinută filosofică diferită de a omului de pe stradă, care răspunde la ceea ce vede şi aude prin atitudini primare, izvorâte din sensibilităţile şi susceptibilităţile sale. Terapeutul ar trebui să sufere o importantă decentrare, persoana sa estompându-se pe cât posibil prin trecerea către aşa-numita poziţie "slabă", ceea ce va permite ca focusul atenţiei sale să se reorienteze către celălalt.

După C. Rogers, a avea abilităţi de terapeut înseamna mai mult decât a obţine câteva deprinderi: înseamnă a ajunge la un nou fel de de a fi, de a trăi. El se va reflecta în autenticitate şi în capacitatea de a merge "împreună" cu cei pe care îi ajută.

Printre calităţile de bază propuse de Rogers se găsesc cele trei fundamentale: căldura şi naturaleţea, înţelegerea empatică şi o privire necondiţionat pozitivă. La ele se va adăuga şi o atitudine etică de bună calitate, conformă cu rigorile codului hipocratic şi profesional.

4.1. CĂLDURĂ ŞI NATURALEŢE

Aceste elemente definesc abilitatea de a fi deschis şi abordabil faţă de persoanele care solicită sprijin. În conceptul de "căldură" sunt implicate următoarele componente: interes, absenţa criticii, absenţa apărării faţă de atitudinile clientului, contactul psihologic strâns cu subiectul [E. Schulman 1982]. După P. Burnard [1990], căldura este un produs al minţii, o atitudine conştientă şi o

abilitate de a fi onest cu tine însuţi, care creează premiza de a fi deschis faţă de alţii şi tratarea lor ca egali.

Ea se află la baza relaţiei Eu-Tu, acea întâlnire care anulează diferenţele de statut social, credinţe, valori etc., în timpul căreia se produce împărtăşirea şi mutualitatea - elemente fundamentale în relaţia de îngrijire, în cea religioasă precum şi în alte forme de ajutor. În lumea pedagogică, de cele mai multe ori distanţa nu poate fi complet acoperită. Se poate exprima grija pentru un altul, acel element comun al căldurii care stimulează contactul afectiv.

Participarea la suferinţa sau dificultăţile altuia, ale celui din faţă, nu înseamnă efuziuni sentimentale. Ele sunt cu atât mai greu de acordat cu cât terapeutul nu consolează. Asemenea poziţie nu este în concordanţă cu nevoile pacientului, care aşteaptă de la sfătuitor să se comporte ca un ins cu autoritate, să aibe trăinicia unei persoane capabile, avizate, care nu se pierde în emoţii şi fleacuri. El conduce corabia.

Conceptul de mutualitate în relaţia terapeutică de ajutor, postulat de către M. Mayeroff [1972], este controversat, pentru că el ar presupune un statut de egalitate între parteneri. Fundamental, relaţia este inegală, ea rezultând din solicitările sfătuitului, pentru care terapeutul devine o persoană foarte importantă ca sursă de sprijin pentru o perioadă de timp, dar nu pentru că ar dori să închege o prietenie prin care să se creeze relaţii apropiate, să se vadă în fiecare zi, să îi cunoască îndeaproape viaţa intimă. În fapt, nici nu este cazul. Clientul doreşte să intre în gândurile terapeutului despre el, să câştige un loc în atenţia sa, să-i capteze sprijinul. Căldura este un ingredient care trebuie oferit de către profesionist, dar fără ca reciproca să fie necesară.

Căldura oferită este percepută diferit de către părţile implicate. Nu putem şti dacă această căldură este percepută la intensitatea intenţionată sau trăită de terapeut. Chiar dacă persoana de ajutor o consideră ca fiind de o intensitate firească, ea poate fi interpretată de cel în criză drept răceală, iar aceasta poate deveni o barieră pentru dezvoltarea relaţiei terapeutice. Cineva prea distant nu poate îngriji pe altul cu probleme sufleteşti.

Caz clinic

Un tânăr de 20 de ani, venit pentru a se debarasa de homosexualitatea sa trăită ca neconformă cu vocaţia şi viitoarea profesiune de persoană religioasă, s-a plâns la cea de a cincea şedinţă de psihoterapie de "răceala" terapeutului, care îi provoca o poziţie de defensă. De multe ori, seara înainte de culcare, se gândea cum ar trebui să vorbească şi ce să spună în timpul viitoarei întâlniri terapeutice. Din anamneză a reieşit că tânărul avusese numeroase trăiri de frustraţie şi o puternică senzaţie de însingurare.

A fost părăsit de tatăl său la o vârstă timpurie, mama era rece şi foarte agresivă, manifestând totodată un exhibiţionism sexual timpuriu faţă de el. Cel mai

mult şi-a dorit să realizeze o comuniune psihică şi chiar fizică cu tatăl său; să fie mângâiat şi ţinut în braţe de acesta. Călătoria pe care a făcut-o recent în străinătate, la familia tatălui pe care nu-l mai văzuse de câţiva ani, a fost un eşec. Tatăl nu a răspuns efuziunilor sale, el revenind acasă complet dezamăgit şi însingurat. Remarca sa la adresa terapeutului a fost interpretată ca o expresie a nevoilor sale timpurii nesatisfăcute. A reieşit că repetatele sale tentative de a lega relaţii de prietenie din ultimii ani sau de a fi de "folos" cuiva, de a ajuta pe alţii, a stat sub semnul aceleaşi nevoi de relaţii umane apropiate.

Mult mai dificilă este poziţia terapeutului în cazul unor descărcări emoţionale violente, în timpul cărora este nevoie de o atitudine calmă, răbdătoare, însoţită de o mimică participativă, care poate oferi securitatea, căldura şi înţelegerea, precum şi de acceptarea necesară, fără rezervă, a mesajelor de ajutor.

Caz clinic

O doamnă de 40 de ani vine într-o stare de tensiune psihică, ce se transformă în plâns, ţipete, frângerea mâinilor, produsă de un acces de gelozie declanşat de un telefon anonim, răutăcios, în care era încunoştiinţată de eventuala infidelitate a soţului, dealtfel nedovedită. Terapeutul a aşteptat cu răbdare până la epuizarea crizei emoţionale, după care a început dialogul asupra acestei probleme controversate.

Dacă terapeutul îşi percepe o anumită răceală involuntară, este bine să reflecteze asupra cauzelor sale, autoexaminarea oferindu-i prilejul de a o corecta. De obicei, în relaţiile terapeutice, şi în altele, se produce o autoreglare, o ajustare într-un lanţ care începe cu anticiparea viitoarei atitudini, trecând prin verificarea "temperaturii" din timpul întâlnirii şi aducerea sinelui la un nivel de căldură convenabil ambelor părţi.

4.2. NATURALEŢEA

Este o trăsătură greu de falsificat sau simulat. Problema centrală este dacă suntem sau nu interesaţi în situaţia respectivă. În calitate de profesionişti, ar trebui să fim interesaţi de toate cazurile. În practică, unele cazuri atrag mai mult şi, în special, cele care amintesc de problemele noastre. Poate să apară un conflict între naturaleţe şi controlul căldurii manifestate. În acest caz, autocontrolul poate apărea ca ceva artificial. O reglare corectă între ele creşte eficienţa intervenţiei. E. Egan [1990] a rezumat câteva din trăsăturile naturaleţei terapeutice:

- a nu supraevalua, sublinia rolul tău profesional, a evita atitudinile stereotipe;

- a fi spontan, dar nu necontrolat şi hazardat;
- a rămâne deschis şi nedefensiv când te simţi ameninţat;
- a fi consistent, a evita diferenţele dintre valorile propuse şi comportamentul propriu, discrepanţele dintre gânduri şi fapte;
- a manifesta tact şi respect;
- a fi dispus să împărtăşeşti experienţele tale cu clienţii, dacă ele pot fi folositoare pentru ei.

A fi spontan presupune câteodată a exprima mirarea, dar nu indignarea sau nemulţumirea. Ea poate oferi clientului şansa de a percepe distanţa la care se află în raport cu scara obişnuită de valori a familiei sau a societăţii şi este utilă persoanelor dezadaptate, a celor implicate în acţiuni hazardate. Lor le lipseşte de multe ori percepţia devianţei, a distanţei faţă de normative. Dezvoltarea percepţiei de acest tip este o acţiune delicată. Foarte uşor subiectul se poate simţi foarte lezat, ameninţat de mirarea terapeutului, creându-se o tensiunea relaţională parazită. Reformularea ideilor într-un limbaj mai indirect, expunerea pe un ton mai neutru, prietenos. o poate reduce substanţial. Esenţa mesajului se va păstra, pierzându-se din aparenţa de ameninţare.

Asemenea abilităţi nu sunt simple artificii tehnice. Ele reflectă atitudini fundamentale, prin care profesioniştii rămân alături de subiecţi şi nu se refugiază în spatele unei atitudini formal-profesionale. Ei învaţă să rămână ei înşişi în situaţiile de sfătuire, adică relaxaţi, proaspeţi, atenţi la suferinţă şi echilibraţi, pentru a da imaginea unei "stânci în faţa furtunii", puternică şi de neclintit, ceea ce nu este deloc uşor. Tăria încrederii în sine a terapeutului şi în ceilalţi, în administrarea situaţiei terapeutice, poate sprijini pe cineva care se clatină şi poate deveni un exemplu în lupta cu viaţa.

Calităţile menţionate se câştigă treptat, odată cu înaintarea în profesiune şi prin reuşită. Din contră, dispoziţia de moment a terapeutului, oboseala, epuizarea, bolile sale fizice, necazurile proprii îi pot reduce disponibilitatea.

De aceea, un psihoterapeut, un sfătuitor experimentat îşi va construi un stil de viaţă echilibrat şi va căuta să treacă propriile sale probleme pe planul doi sau să le uite în timpul sesiunilor terapeutice. El trebuie să aibă grijă de forma sa precum aviatorul sau sportivul de performanţă, dat fiind că instrumentul cu care se lucrează, eventualul "bisturiu" este reprezintat în exclusivitate de către psihicul său, care trebuie îngrijit şi protejat. Este preferabil să se amâne o şedinţă de psihoterapie decât să se intre în proastă dispoziţie sau extenuare, cu tot cortegiul de netenţie şi mimică nefavorabilă. Ele pot fi pe nedrept interpretate de client ca exprimând atitudini negative îndreptate către el însuşi sau pot să îi trezească mila, rolurile inversându-se.

4.3. ÎNȚELEGEREA EMPATICĂ

Aceasta corespunde termenului german *Einfühlung = empatie* [K. Jaspers 1959]. Ea desemnează capacitatea de a intra, într-un sens perceptual, în lumea interioară a altei persoane, să vezi lumea așa cum o vede persoana respectivă. Înțelegerea empatică include și capacitatea de a transmite această percepție acelei persoane. B. Kalisch [1971] insistă asupra calității de a percepe corect trăirile altei persoane și a-i comunica această înțelegere. M. Mayeroff [1972] este și mai explicit, definind-o prin gradul de insinuare în psihicul altuia.

Pentru a reuși să sfătuiești o altă persoană trebuie să o înțelegi pe ea și lumea ei ca și cum ai fi acolo, înăuntrul ei, să vezi lumea din afară și pe ea însăși cu ochii ei. În loc să privim persoana ca pe un caz, în mod detașat, din exterior, trebuie să intrăm cu ea în lumea ei. Trebuie să mergem "în încălțările ei", conform unei expresii consacrate, să mergem cu ea în lumea ei, pentru a simți de pe dinăuntru cum i se pare viața, ce griji și ce nevoi are, ce frământări.

Procesul de înțelegere empatică implică intrarea în lumea altcuiva fără a ști unde se va ajunge; de aceea, este privit ca un act de încredere, al cărui rezultat este imprevizibil. Orice anticipare grăbită blochează procesul empatic care este, după expresia lui P. Burnard, "o călătorie în care sfătuitorul este un prieten și tovarăș de călătorie al celui care o întreprinde". Numai că această călătorie este către înăuntru. În procesul de explorare a lumii clientului se intră fără prejudecăți sau judecăți, fără sfaturi, numai pentru a-i da acestuia șansa de a se cunoaște și a se înțelege prin această oglindă "binevoitoare" care este psihicul sfătuitorului.

4.3.1. Mecanismul de oglindire, reflectarea devine pentru un sfătuitor un mod de a exista, o stare sufletească de disponibilitate, care aduce liniște clientului și îi permite să-și analizeze problemele pe deplin. Spre deosebire de simpatie, care e un fel de verișoară, superficială, empatia implică o înțelegere de bază a problemelor subiectului și o atitudine activă.

În practica medicală, empatia înseamnă adesea o acțiune practică, a da un telefon pentru a obține un ajutor imediat, a oferi ceva concret. În psihoterapie, acest ajutor concret este reprezentat de ascultarea atentă, reflectarea, participarea la suferință.

Cel ce simpatizează compătimește, dar rămâne cu el însuși, este oarecum egoist. Mila, compasiunea sau chiar a imagina ce simte victima în momentul acela, aparțin toate sferei simpatiei și presupun distanță, lipsa implicării reale.

4.3.2. Conversația empatică. Pentru a răspunde complexității mesajului empatic au fost concepute două niveluri [R. Carkhuff 1987, G. Egan 1990].

a. La **primul nivel** persoana de ajutor răspunde și reflectă cele spuse, arătând o înțelegere de bază, așa cum poate fi observată în dialogul următor:

Clientul: "Mă simt foarte rău astăzi, mai rău decât ieri...".

Terapeutul: "Vă simțiți mai rău astăzi...".

Cuvintele repetate sunt astfel formulate încât oglindesc trăirea fundamentală a subiectului. Persoana de ajutor arată că a auzit mesajul, dar a mers mai departe, a inițiat o invitație implicită de a-l aprofunda, în măsura în care clientul crede de cuviință, este la latitudinea sa. Mesajul a fost recepționat corect și acceptat în dimensiunea sa neplăcută. El, terapeutul a făcut un prim pas și e gata să asculte. Terapeutul a rămas la același nivel cu clientul. În schimb, un mesaj neempatic ar suna astfel:

Clientul: "Mă simt foarte rău astăzi, mai rău decât ieri..."

Terapeutul: "Așa sunt simptomele astea, trec greu, dar vor dispare...".

Terapeutul a recepționat mesajul clientului, dar a dat un răspuns inadecvat, prin care a comunicat dezinteresul față de noua evoluție a stării acestuia. După un asemenea răspuns nepăsător, clientul va încerca să capteze atenția terapeutului sau, poate, se va opri.

Primul nivel de conversație sau ascultarea empatică de gradul I este foarte utilă pentru începutul discuției psihoterapice. În acest stadiu este preferabil să se meargă în ritmul, în pasul clientului, fără a solicita informații suplimentare. Limitarea la acest model face ca drumul către problematică să fie lent și întortochiat. Subiectul se va simți singur, neajutat să depășească un anumit nivel de înțelegere. El va rămâne la suprafața problemelor.

b. La **al doilea nivel** apar răspunsurile empatice de gradul II, mai aprofundate. Ele oferă o reflectare a trăirilor, a sentimentelor, completată printr-o anumită interpretare care sintetizează, aprofundează și poate atinge ceea ce plutește deasupra discursului, ceea ce nu s-a spus. Iată exemplul unui răspuns empatic de gradul II:

Clientul: "Mă simt foarte rău astăzi, mai rău decât ieri...".

Terapeutul: "Asta ar însemna că astăzi vă simțiți mult mai deprimat, mai descurajat decât ieri".

S-a realizat identificarea și denumirea stării afective a subiectului, adică un pas înainte către aprofundare. Un asemenea răspuns necesită un grad de intuiție și sinteza a mai multor informații despre persoana respectivă, cum ar fi a celor rezultate din comunicare din mimică, din voce. Depresia se "citește" pe față și în înfățișarea subiectului, în modul în care stă pe scaun și în mișcările sale.

Conversația empatică nu se poate menține la un singur nivel de empatie, fie el și de gradul II. Răspunsurile alternează și se adaptează în raport cu situația. Adaptările de rigoare înseamnă modificări în fomularea verbală și în tonalitatea emoțională, în raport cu starea sufletească a sfătuitului și posibiltățile sale de înțelegere și recepționare a mesajului. De aceea, o grijă obișnuită a terapeutului o

constituie verificarea adecvării răspunsurilor. Deşi au fost elaborate scale de măsurare a empatiei, valoarea lor este dificil de evaluat în mod strict obiectiv. Ea este, mai degrabă, o percepţie globală, care se câştigă în timp ce discuţia empatică este "pe faţă" sau nu.

Independent de rigorile stilului empatic şi de adaptările necesare în comunicarea cu cel aflat în criză, înfricoşat sau deprimat, mesajul fundamental al ascultării empatice este că suntem acolo, cu el, într-o lume îngrijorătoare, dar nu suntem noi înşine afectaţi şi suntem gata să-l urmăm şi să îl ajutăm.

4.4. LIMITELE ASCULTĂRII EMPATICE

Acestea nu pot fi ignorate.Terapeutul trăieşte într-o lume diferită în raport cu clienţii săi, lume în care experienţa sa directă este inevitabil limitată sau lipseşte. Transpunerea în universul altei persoane reuşeşte mai mult sau mai puţin. Pentru a se putea apropia cât mai mult de lumea subiectului este nevoie de suspendarea judecăţii critice, de uitarea de sine, de opiniile, de prejudecăţile şi experienţa proprie. Să ne limităm deci la a asculta şi a înţelege.

Ascultarea empatică se învaţă, se exersează în practică, prin eforturi conştiente de a canaliza atenţia către client şi prin controlul tendinţei de a compara automat experienţa proprie cu cea expusă.

4.5. PRIVIREA NECONDIŢIONAT POZITIVĂ

C. Rogers defineşte această poziţie drept predispoziţia către a aprecia, către acceptare. Clientul devine o persoană valoroasă, pozitivă, fără condiţii şi limitări, ceea ce nu este uşor de acceptat, dat fiind situaţiile adesea nefavorabile în care se află. Cel ajutat este considerat esenţialmente bun. Afecţiunea sfătuitorului nu presupune neapărat reciprocitate. Privirea pozitivă este un punct de plecare, o premiză pentru încrederea acordată clientului ce trebuie să depăşească situaţia de criză.

Ea presupune abilitatea de a arăta afecţiune altruistă, dezinteresată, o afecţiune profesională care este sursa încrederii necondiţionate în calităţile clientului.

După P. Halmos [1965] relaţia de îngrijire a sănătăţii este ca un act de credinţă, însoţit de convingerea că acţiunea noastră va fi de folos chiar dacă rezultatul nu poate fi neapărat previzibil pozitiv.

4.6. ŢINUTA ETICĂ

Aceasta reprezintă unul din atributele fundamentale ale unui sfătuitor onest. Ea devine cu atât mai necesară cu cât vulnerabilitatea clienţilor sau persoanelor

este mai accentuată. Depresia, anxietatea, înfricoşarea, situaţiile de eşec etc. creează slăbiciuni ce devin premize pentru acceptarea unor acte abuzive de orice natură.

Relativ la acest subiect, foarte dificil este controlul atracţiei sexuale ce se poate naşte în timpul relaţiei terapeutice, fie ca atitudine transferenţială din partea pacientului, fie ca fapt al existenţei.

Caz clinic

Un bărbat de aproximativ 45 de ani, văduv prin asasinarea soţiei de către amanta sa, s-a prezentat pentru o consultaţie de psihiatrie infantilă destinată fiului său, care suferea de coşmaruri, la doi ani după eveniment. În timpul consultaţiei, discuţia a alunecat către sine însuşi şi viaţa sa chinuită, iar terapeuta, de aceeaşi vârstă cu tatăl copilului, a simţit privirea insistentă a acestuia. La încheierea primei consultaţii, alături de taxa consultaţiei şi solicitarea pentru o nouă oră de consultaţii, a primit şi un imens buchet de flori, neobişnuit de frumoase, din partea acestuia.

În timpul celei de-a doua ore de consultaţie, terapeuta a început să-l perceapă ca pe un pericol prin fascinaţia pe care o exercita asupra ei şi a simţit o tensiune psihică crescândă, de intensitate neobişnuită. Bărbatul părea o fiinţă "malefică", care folosea un limbaj alambicat, plin de posibile intenţii ameninţătoare. În spatele anxietăţii plutea atracţia. Terapeuta a simţit o frică de nestăpânit.

Încă dela primirea buchetului, terapeuta i-a împărtăşit soţului ei proveniența sa. Acesta, foarte gelos, a rămas profund nemulţumit. Problemele cazului şi persoana clientului au început să o preocupe atât de profund încât şi-a pierdut somnul. A refuzat solicitarea pentru o a treia oră de consultaţie. Terapeuta a simţit că nu mai poate să şi exercite funcţia şi a îndrumat clientul către un alt cabinet.

Atunci când se materializează într-o legătură reală, concretă, fizică, sexuală, atracţia sexuală devine o culpă, recunoscută ca atare în codurile profesionale, ca şi altele cum ar fi: utilizarea în folos personal a informaţiilor de natură economică, obţinerea consimţământului pentru cedarea unor bunuri etc.

În concluzie, există un mănunchi de calităţi şi atitudini ce caracterizează sfătuitorul modern, în care predispoziţiile native se completează cu cele câştigate printr-un efort continuu de autoeducare şi de autoanaliză.

CAPITOLUL V
RELAȚIA TERAPEUTICĂ

Instrumentul de influențare cel mai important, cureaua de transmisie a procesului terapeutic, este **relația terapeutică.** Complexitatea relației terapeutice a fost descifrată în bună măsură. Ea este rezultatul interacțiunii a numeroși factori ce sălășluiesc în client, în terapeut, precum și în interacțiunea dintre ei. Cei mai bine individualizați sunt: alianța terapeutică, transferul și contratransferul.

Inițial, se considera că în sfătuire s-ar manifesta numai alianța terapeutică, datorită apartenenței sale la psihoterapiile scurte, superficiale, ce s-ar sustrage parțial legității relației terapeutice descrise de S. Freud. Atât observațiile clinice cât și studiile întreprinse au arătat că, într-un timp scurt, se pot pune în mișcare mult mai multe resorturi ale psihicului uman decât se credea înainte.

Relația terapeutică are o dinamică proprie și cunoaște o etapizare ce poate fi rezumată în următoarele perioade: de început, cea de lucru activ și cea de detașare și de încheiere. Pentru fiecare, sarcinile terapeutului au fost diferențiate corespunzător. La început el trebuie să creeze clientului său condițiile cele mai propice de confort emoțional.

Astfel, poziția față în față, caracteristică între altele și sfătuirii, aduce în discuție capacitatea subiectului de a rezista schimbului continuu de priviri, comunicării neverbale, senzației că ești examinat în permanență. Ea este dificilă și pentru terapeut întrucât, în condițiile unui schimb continuu de informații, este mult mai greu de menținut o fațadă "profesională".

Pentru a reduce impactul contactului vizual permanent, al cărui efect inhibant a fost remarcat încă de S. Freud, s-au inițiat unele inovații, cum ar fi așezarea laterală a celor 2 interlocutori, subiectul fiind parțial protejat. El își poate alege momentele în care să privească interlocutorul, având libertatea de a se retrage în el însuși când simte nevoia. De aceea, încă de la mobilarea cabinetului de psihoterapie, trebuie să se prevadă mai multe amenajări și așezări ale mobilei, care pot deveni poziții alternative. Clientul va decide locul care i se potrivește, în raport cu defensele sale. Mulți preferă locurile mai distanțate, ceea ce sugerează un grad de tensiune latentă în raport cu figurile de autoritate.

5.1. DIADA TERAPEUTICĂ

Activitatea de sfătuire creează un cuplu client-terapeut apropiat de diada mamă-copil. Diada, definită ca atare în psihoterapia clasică freudiană, este mai flexibilă în sfătuire. Ea poate să se lărgească și poate deveni, cel puțin temporar, triadă, dacă cei cu care se prezintă clientul, familia, dorește să-l sprijine sau să-l

controleze în timpul întâlnirii terapeutice. Acceptarea situației de triadă, care creează obstacole în dezvăluirea intimităților și în personalizarea relației, presupune o fină evaluare a raporturilor dintre personajele prezente. Iată un exemplu asupra complexității situației.

Caz clinic

Un grup de trei persoane dintr-un oraș de provincie intră în cabinet, solicitându-se o consultație pentru una dintre ele, o doamnă de 36 de ani, divorțată, licențiată, având un post de răspundere la o întreprindere. Discuțiile au fost deschise de vecina familiei, pentru ca apoi ele să fie preluate de mamă, o persoană autoritară, care a prezentat imaginea unei "tinere divorțate", cu obiceiuri reprobabile.

Ea avea tendința de a utiliza în exces meprobamatul pentru a corecta o insomnie rebelă, care dura de mai bine de 2 ani. Se ajunsese la o stare de dependență fizică, cu utilizarea medicamentului în tot cursul zilei. Apriori, mama a afirmat că nu există probleme deosebite în viața fiicei sale. La o întrebare aluzivă asupra legăturii dintre insomnia de adormire a fiicei și o stare de neliniște care ar putea fi cauzată de o problemă nerezolvată, care o "roade" de câțiva ani, mama a răspuns precipitat că "noi (cele trei persoane) nu avem secrete" și nu există nimic care ar putea să o tulbure.

Această afirmație, aruncată cu ușurință, în contrast clar cu tăcerea clientei care se concentra exclusiv asupra simptomelor, a convins de contrariu. Însoțitoarele au fost invitate afară și, după o perioadă de tatonări, plânsete și tăceri, a reieșit că tânăra se afla sub o presiune neobișnuită, datorită avansurilor amoroase continue și chiar a asalturilor cumnatului său, cu care locuia în aceeași casă.

Se simțea vinovată față de soția acestuia, sora sa geamănă, pe care o simțea trădată cu concursul ei, deși nu se ajunsese la adulter. Familia sesizase atenția deosebită pe care i-o acorda cumnatul, dar pentru a cimenta căsătoria a solicitat clienta să îngrijească și copilul sorei și să preia și o bună parte din treburile gospodărești ca, de exemplu, spălatul rufelor. Pentru "unitatea" familiei, ea a fost solicitată să-și vândă apartamentul personal, pentru a locui înghesuită cu ceilalți. Tânăra devenise complet aservită familiei.

Discuția de peste o oră și jumătate a fost dedicată luptei surde și secrete cu cumnatul și cu ea însăși, întrucât era evident că fusese atrasă instinctual de acesta. După destăinuiri, clienta s-a ușurat, s-a mai relaxat și au fost discutate posibile soluții. Totodată, s-a convenit asupra a ceea ce putea fi comunicat mamei și vecinei, care așteptaseră afară cu stoicism.

Mamei i s-a oferit șansa îngrijirii toxicomaniei, fiind informată asupra schemei terapeutice de substituție. S-au făcut și unele aluzii asupra nevoilor firești ale unei femei în plină maturitate sexuală, care nu pot fi îndeplinite într-o casă

aglomerată ci într-o locuință proprie. În replică, mama s-a plasat imediat pe rol de victimă a destinului, care îi hărăzise numai fete. Colaborarea cu mama a fost însă conservată prin asigurarea unui anumit rol în viața pacientei. În schimb, a fost solicitat implicit sprijinul său în obținerea unor schimbări în viața pacientei. Nici vecina nu a fost uitată, recunoscându-i-se generozitatea de om de suflet.

Terapeutul trebuie să manifeste delicatețe și înțelegere față de rolul care îi este adesea rezervat și pe care e bine să-l identifice cât mai timpuriu. Relația terapeutică poate să ia în seamă și pe alții implicați în viața subiectului, care pretind sau chiar impun menținerea unei participări active, conformă cu poziția lor anterioară.

5.2. ALIANȚA TERAPEUTICĂ

O primă componentă a relației terapeutice este alianța. Aceasta reprezintă un tip de colaborare ce se stabilește între client și terapeut în vederea atingerii scopului comun. Ea are un caracter pozitiv constructiv, ca orice alianță, dar și o anumită fragilitate, datorită factorilor ce pot să o interfereze, îndeosebi transferul și contratransferul. Alianța se realizează prin construirea încrederii și prin apropiere. Ea se menține în perioada "mersului" împreună într-o măsură oarecum constantă și se încheie prin detașare și îndepărtare la finalul terapiei.

Premisele alianței terapeutice sunt reprezentate de interesul comun: ne împrietenim cu un profesionist pentru a ieși din impasul personal. Alianța terapeutică depinde, de asemenea, de corectitudinea legăturii afective și de gradul de potrivire a stilului de conduită al celor 2 parteneri. Idealul este modelul desemnat de E. Kretschmer [1961] drept "cheia și lacătul". Pentru cei supuși, convine de minune stilul dominant, cu nuanțe prietenești, al sfătuitorului. El controlează situația dar și oferă securitate celui care, fiind nesigur de sine, este ascultător. Un tip orgolios nu va accepta ușor dominarea cuiva. Încă din primele ședințe, care sunt cruciale pentru succesul sau eșecul relației terapeutice, devin necesare adaptări corespunzătoare din partea terapeutului.

După E. Bordin [1979] se pot diferenția 3 componente ale alianței terapeutice: legăturile, scopurile și sarcinile.

5.2.1. Legătura a fost studiată în raport cu impactul atitudinii sfătuitorului asupra clientului [W. Dryden 1992]. S-a sugerat că patul psihologic pe care se va maturiza clientul este reprezentat de calitățile sfătuitorului [L. Beutler, M. Crago, T. Arismendo 1986]. Clientul intră în relația terapeutică cu zestrea proprie de preconcepții și așteptări favorabile sau defavorabile în arii ca: încrederea față de terapeut, calitatea trăirii de securizare obținute și acceptarea rolului acestuia ca agent de

schimbare. Pentru a le confirma sau infirma, clientul va testa credibilitatea terapeutului încă din timpul primelor două întâlniri [M. Fong, F. Gresbach, B. Cox 1992].

5.2.2. Probele de încercare oferite de client se concretizează în anumite fraze sau întrebări care au, conform teorici metalimbajului, cel puțin o dublă semnificație. Începătorii răspund, de obicei, nivelului aparent de semnificație, ceea ce poate genera o anumită neîncredere în capacitatea lor de a înțelege procesul psihologic real.

Probele utilizate cel mai frecvent sunt: 1) o solicitare de informații; 2) destăinuirea unui secret; 3) solicitarea unui favor; 4) crearea de neplăceri sfătuitorului; 5) punerea în discuție a motivației sfătuitorului. Este nevoie de prudență în catalogarea unor asemenea acțiuni, care pot fi luate luate drept defense, rezistențe, și pot genera răspunsuri negative, blocante până la ruptură din partea terapeutului.

Ele au un scop ascuns, și anume, să clarifice următoarele probleme care îl frământă pe cel ce vine la sfătuire: "Poți să mă accepți, să mă înțelegi?"/"Pot să mă arăt vulnerabil față de tine?"/"Ești de încredere și onest?"/"Poți să mă accepți?"/ "Ai limite consistente?"/"Îngrijirea din partea ta este reală?".

Gradul de încredere în terapeut este variabil, dar majoritatea persoanelor se plasează la un nivel acceptabil. După S. Strong [1968], determinantele încrederii sunt: reputația de onestitate, rolul social (de medic, psiholog etc.) asociat cu încrederea, sinceritatea și deschiderea, lipsa evidenței că prima motivație a intervenției ar fi câștigul etc.

Răspunsul competent la testele introduse de client este un factor important în construirea încrederii. Dovezile de încredere în terapeut se acumulează treptat, pe parcursul sfătuirii, ceea ce face ca ea să se edifice mult mai repede decât într-o relație obișnuită de prietenie.

5.2.2.1. Solicitarea de informații. Întrebările pot fi directe. Iată una dintre ele: "Aveți copii?". Un prim răspuns ar fi: "Da, am doi!". Adevărata întrebare se referă la experiența sfătuitorului cu copiii, în general, și dacă el înțelege problemele acestora. De aceea, răspunsul corect este: "Da, am și am avut ocazia să cunosc direct problemele copiilor și pe cele ale părinților. Cred că pot fi destul de obiectiv".

O altă întrebare se referă la starea civilă: "Sunteți căsătorit?". La aceasta s-ar putea răspunde banal: "Da, de 20 de ani". În fapt, subiectul dorește să știe cât de competent este sfătuitorul în sfera relațiilor conjugale. El ar putea să îi răspundă că atât experiența sa de viață, cât și cea profesională îl fac să creadă că va putea să fie de folos în asemenea probleme. Iată și un exemplu recent de întrebare a unui adolescent suicidar, care trăia cu mama și frați vitregi și era bătut crunt de tatăl său pentru greșeli insignifiante. "Cunoașteți drepturile copilului?". Întrebarea reală

era: "Puteți să luați apărarea unor copii și tineri nedreptățiți, puteți să-i înțelegeți?". În discursurile pacienților pot fi identificate destule întrebări de acest gen.

5.2.2.2. Destăinuirea unui secret. Unii întreabă direct dacă pot să spună un secret, alții preferând o metodă indirectă. Ei destăinuie secretul, cum ar fi: "eu mă masturbez" sau "tatăl meu e bolnav psihic", verificând apoi scurgerea de informații, care devine o probă de (ne)încredere majoră. În general, un secret este un fapt care creează rușine familiei. El poate fi spus pe neașteptate și surprinde sfătuitorul, care se întreabă ce ar putea face cu această destăinuire, de ce i s-a comunicat ea acum. Dacă devine curios, investighează sau face comentarii cu tentă moralizatoare, pentru subiect devine clar că nu poate să se arate vulnerabil și să-și dezvăluie pulsiuni și trăiri ce vor fi interpretate nefavorabil.

Mesajul ar trebui să sune astfel: "Am auzit ce spui și pot să discut fără să te judec sau să mă angajez că voi face ordine în viața ta". S-ar putea ca acest prim secret să fie numai o parte din ceea ce ar dori subiectul să dezvăluie după ce a căpătat încredere deplină. Este ideală o atitudine de neutralitate, fără comentarii.

5.2.2.3. Solicitarea de favoruri. Multe din sclicitări sunt rezonabile, altele însă sunt exagerate, nerealiste, și pot fi considerate teste ale încrederii. Față de ele sunt esențiale răspunsurile oneste, generate de respectul față de client. Dacă ne-am luat un angajament, de exemplu, de a oferi informații, broșuri, cărți etc., este important să ne ținem de cuvânt. Ele reprezintă concretizarea dorinței noastre de ajutor. Pentru cele nerealiste, ca invitații de tot felul, întâlniri în afara locului de examinare și altele, permisiuni nepotrivite, trebuie să se formuleze răspunsuri clare și bine motivate, fără pretexte care ar putea sugera fuga de răspundere.

Iată un caz relevant în acest sens.

Una din pacientele adolescente, în vârstă de 17 ani, a fost internată în spital pentru o reacție psihotică caracterizată prin refuz alimentar, negativism alternat cu crize de mânie și insulte la adresa mamei sale, cu care a avut, de altfel, numeroase conflicte în ultimii ani, din pricina unei școlarități deficitare. Conflictele au culminat prin internarea sa într-un serviciu de psihiatrie adulți unde, ignorându-se complet determinanta psihogenă, a fost tratată cu severitate, prin regim de izolare, chiar imobilizare, neuroleptice în doze maxime, electroșocuri etc., toate soldate cu rezultate nule. La internarea actuală, comportamentul de blândețe și toleranță al medicului și personalului a stimulat în pacientă o conduită de șantaj, de manipulare tipică. Ea susținea că va începe să mănânce numai după ce va pleca acasă.

Cererile sale insistente au fost ascultate cu atenție și respect, însă s-a insistat ferm ca schimbarea atitudinii sale să înceapă din spital, pentru a se stabili capacitatea sa de a lupta cu boala. Deși cererile pacientei au continuat cu oarecare insistență, ca și refuzul de a lua vreun medicament, după negocieri multiple, răbdătoare, s-a reușit introducerea unui neuroleptic. El a acționat bine și foarte repede, iar fața, simțindu-se înțeleasă și acceptată "ca parte", a început să mănânce bine, a devenit prietenoasă cu toată lumea, s-a încadrat în programul secției. După un interval foarte scurt, cererea de plecare acasă a fost satisfăcută, ea continuând tratamentul ambulatoriu cu succes. Legătura cu terapeutul s-a menținut prietenoasă, de deferență S-a dezvoltat ideea că ea poate să-și asume mai multe responsabilități în rezolvarea propriilor probleme, mai ales a celor școlare, care erau lăsate pe seama mamei sale, "profesoară".

Menținerea unui dialog respectuos, dar consecvent, aduce în conștiința clientului limitele sale, faptul că există o realitate care impune alte soluții, dar și aprecierea că este el ascultat și luat în considerație ca o ființă demnă.

5.2.2.4. Crearea de dificultăți terapeutului. În acest mod este pusă la încercare acceptarea fundamentală a clientului. Sunt emise întrebări șocante, inadecvate, se fac afirmații total neconcordante. Din toate reiese "cât de rău este clientul", "cât de nepotrivit este cu situația", "cât de neînțeles se simte clientul". Aceste baloane de încercare sunt urmărite apoi cu atenție, pentru a se evalua reacțiile terapeutului. Multe din afirmații se aud adesea în practică: "Nimeni nu mă crede"; "Ori de câte ori am discutat, ei nu m-au înțeles".

Se recomandă menținerea neutralității, fără a se încerca minimalizarea sau judecarea. Este preferabil să se răspundă astfel: "Am auzit ce mi-ai spus. Putem să analizăm problemele tale. Nu mă interesează atât de mult faptele (factologia) cât problemele cu care te confrunți". Clientului i se transmite că interesul nostru se concentrează asupra persoanei sale, pe care o acceptăm pe de-a întregul, și nu a senzaționalului.

5.2.2.5. Deranjarea sfătuitorul. Aceasta este o metodă de a testa limitele relației terapeutice. Subiecții pot să solicite permisiunea de a mânca în timpul ședințelor, de a-și aduce copilul, deranjează ora, pun întrebări insolente. Se răspunde senin, stabilind ferm limitele relație, iar la întrebările directe se răspunde prin afirmația că el (terapeutul) își va rezerva timp și interes pentru fiecare. Astfel se pot risipi confuziile, iar subiectul se va simți respectat.

5.3. DIFICULTĂȚILE ÎNCEPERII RELAȚIEI TERAPEUTICE

Analiza reciprocă, inerentă, ce are loc în timpul întâlnirii terapeutice realizată după modelul **Eu-Tu,** dă naștere la o sumedenie de gânduri și reprezentări în ambii participanți și de care terapeutul trebuie să fie conștient. El le va evalua atent pe tot parcursul întâlnirilor, într-un sistem de monitorizare menit să acopere fragilitatea fundamentală a legăturilor stabilite. J. Nelson-Jones [1990] oferă o imagine în oglindă a acestor gânduri de fundal, plasate în dialogul intern, nerostit și foarte rar destăinuit, al fiecăruia cu sine.

5.3.1. Relaţia de ajutor

A mea ca sfătuitor	Tu, clientul
Opţiunile mele	Opţiunile tale
Dacă să te ajut	Dacă să discut îngrijorările mele
Ce să spun	Când şi cum să dezvălui asta
Ce metodă să adopt	Să mă încred
Trăirile faţă de mine însumi şi faţă de tine	Dacă să lucreze sau nu la îngrijorările tale
Gândurile mele şi mea interioară	Trăirile tale despre tine însuţi şi vorbirea despre mine
Acţiunile mele	Gândurile tale şi vorbirea interioară
Limitele pe care le stabilesc în contactul nostru despre tine şi despre mine	Acţiunile tale
Dacă să mai am alte şedinţe	Dacă să am contacte pe mai departe
Ce să fac	Cum să te comporţi între şedinţe

Chiar dacă sfătuirea este dorită şi solicitată de clienţi, iar ei se prezintă în mod voluntar la specialist sau la alte persoane de ajutor, se pot constitui obstacole neprevăzute care capătă o magnitudine deosebită la persoanele "dificile". Pacientul dificil poate să fie tăcut, reticent, îndărătnic sau să vorbească exagerat de mult, blocând fluxul comunicării.

Asemenea rezistenţe se întâlnesc frecvent în psihoterapia copilului şi adolescentului. Nevoia de un ajutor din afară se ciocneşte de teama de o intervenţie percepută ca o nouă manevră a familiei în a-şi impune voinţa cu ajutorul cuiva din afară, care are toate şansele să fie părtinitor şi să încalce drepturile sale.

În asemenea situaţii terapeutul poate să încerce depăşirea obstacolelor sau să se retragă, iar dacă este medic să aplice o conduită pur medicală, prin intermediul chimioterapiei. În ultimele decenii au fost elaborate o serie de strategii menite să asigure depăşirea acestor blocaje de început care trebuie mai întîi explorate. J. Vriend şi D. Dyer [1973], discutând despre reticenţă şi cauzele sale, sugerează că în explorarea sa este esenţială atingerea următoarelor puncte:

a) căutarea originii reticenţei şi a semnificaţiei sale;

b) lucrul cu comportamentul clientului, aşa cum se manifestă;

c) interpretarea reticenţei pentru client;

d) explicarea conţinutului procesului de sfătuire;

e) negocierea contractuală a formei de tratament, obţinându-se o acceptiune comună.

Ca o orientare generală, sfătuitorul va sprijini pacienţii cu naturaleţe, răbdare şi tact, pentru ca ei să-şi depăşească blocajele. Orice intervenţie cu pacienţii dificili presupune un grad de creativitate şi verificarea fiecărui pas întreprins, deoarece aceştia au nevoie de timp ca să înceapă să se simtă bine, în siguranţă, să capete încredere şi să-şi relaxeze atitudinea faţă de procesul terapeutic. Aceasta înseamnă racordarea terapeutului la ritmul lor interior de schimbare, care poate fi foarte lent, dar e bine de ştiut că dacă întâlnirile continuă, ceva se mişcă în sufletul lor aproape întotdeauna.

R. Manthei şi D. Mathews [1982] enumeră următoarele mijloace ce stau la îndemână în lucrul cu pacienţii dificili: a) interpretarea tăcerilor clientului; b) încurajarea răspunsului non-verbal; c) lucrul în ritmul clientului; d) răspunsul la clientul vorbăreţ dar reticent; e) explicarea procesului sfătuirii.

5.3.2. Depăşirea tăcerilor clientului. Primul pas al oricărei intervenţii este să încercăm să găsim semnificaţia sa. Ea poate să însemne timiditate, dificultăţi reale în a formula o cerere sau o povestire cât de cât coerentă, ostilitate inconştientă, mânie, plictiseală, stânjeneală, baraje de natură psihiatrică (depresiune, schizofrenie, mutism) sau pur şi simplu clientul este dezorientat şi intimidat de vorbirea tehnică, ermetică, a terapeutului şi preferă să nu mai răspundă.

Descifrarea mimicii şi a gesticii clientului poate oferi informaţii de completare care permit definirea unei ipoteze de lucru asupra tăcerii care poate fi împărtăşită cu clientul, creându-se şansa de a fi corectată sau confirmată de subiect. Astfel se va înfiripa dialogul dorit.

Pentru depăşirea timidităţii se recomandă din partea sfătuitorului o voce joasă, gesturi lente, o "deschidere" discretă cuprinzând o invitaţie vagă de a se vorbi despre "problemă", urmată de o aparentă retragere şi aşteptare, adică tăcere.

Într-un interviu recent, după formularea unei frazei de deschidere, sfătuitul, o doamnă de 32 de ani, a replicat afirmând că ea este timidă şi că nu poate să vorbească spontan. Ea era obişnuită să fie întrebată. A urmat o tăcere de două minute şi 36 de secunde, măsurată pe înregistrarea audio, după care doamna a început să vorbească spontan timp de aproape o jumătate de oră, expunând situaţia sa cu claritate. Şedinţa de sfătuire a decurs foarte cursiv pentru mai mult de o oră.

Utilizarea excesivă a tăcerii din partea terapeutului poate fi percepută drept o agresiune către client, care consideră că a fost lăsat pradă anxietăţii. De aceea, prezenţa terapeutului va fi semnalată prin expresii vocale de încurajare ca "...ihîî... ihîî", clientul simţind astfel că terapeutul este alături de el şi îl aşteaptă cu răbdare.

Dialogul poate fi amorsat şi de către terapeut care va conclude cu voce tare că: "Este greu să începi o discuţie cu o persoană necunoscută... care nici nu ştii cum te-ar putea judeca..." sau "Viaţa este grea... (urmată de un oftat)".

După R. Manthei şi D. Matthews [1982], comunicarea poate începe şi prin scris, terapeutul scriind o frază, sau printr-un desen. Se scrie pe scurt, cu litere mari de tipar în faţa clientului. Specialiştii cu talent pot completa textul cu desene umoristice, de exemplu o faţă veselă şi o faţă tristă. Clienţii sunt rugaţi să o indice pe cea care se potriveşte cu starea lor sufletească. Aserţiunile terapeutului sunt aprobate sau corectate prin răspunsurile mimice, scrise sau verbale ale subiectului, aceasta însemnând tot dialog.

O metodă personală, îndelung experimentată la copiii şi adolescenţii care au dificultăţi de comunicare, este aceea de a-i încuraja să-şi scrie opiniile prin completarea unor teme semidirective: povestea vieţii mele, supărările mele, eu despre mine etc., materiale care vor fi analizate în comun.

Oglindirea presupune imitarea mişcărilor, gesturilor, posturilor/atitudinilor semnificative ale clientului. Ea poate constitui o formă de provocare adresată celui sfătuit, care poate să răspundă într-un mod viguros, pozitiv sau negativ, cel mai adesea verbal, prin aprobare sau proteste. Unii dintre pacienţii emfatici sau demonstrativi recunosc astfel jocul pe care îl practică şi pot renunţa la el, devenind mai oneşti în relaţia terapeutică.

5.3.3. Încurajarea răspunsurilor non-verbale. Angajarea clientul în procesul de interacţiune terapeutică se poate face pe mai multe căi, astfel:

1) Poate fi efectivă invitaţia de a scrie gândurile atunci când pare dificil ca ele să fie exprimate verbal;

2) Clientul poate fi solicitat să scrie o frază care defineşte felul în care se vede pe sine şi pe ceilalţi. El poate fi ajutat prin formulările produse de însuşi terapeutul, care va încerca astfel să stimuleze un răspuns verbal sau neverbal. Aceasta este o tehnică frecvent utilizată în analiza tranzacţională, care deschide calea altor interacţiuni constructive, cum ar fi completarea de fraze [Bonnet] ce pot dezvălui mai pe larg sentimentele clientului;

3) Se pot utiliza chestionare structurate referitoare la stress, la relaţiile familiale, la gradul de afirmare a persoanei;

4) Clientul poate fi încurajat să se exprime prin mimică şi gestică. Asemenea acţiuni vor fi apreciate cu glas tare de sfătuitor, creându-se astfel un spaţiu de convergenţă.

5.3.4. Lucrul în ritmul clientului. Una din problemele spinoase ale lucrului cu pacientul dificil este aceea a presiunii timpului. Terapeutul se poate simţi obligat să-şi dovedească eficacitatea în parametri rezonabili de timp, ceea ce favorizează apariţia unor sentimente de frustraţie atunci când lucrurile merg mai încet. Chiar dacă el nu îşi va exprima deschis nemulţumirea, ea va transpare în comunicarea non-verbală, pe măsura acumulării resentimentelor. Involuntar, vocea

sa va deveni mai aspră, poate răstită sau încordată, faţa încruntată iar gesturile precipitate, de nerăbdare.

Aşteptările sale exagerate ignoră filosofia îngrijirii, care postulează că procesul de influenţare porneşte dela calităţile clientului, de la personalitatea sa, de la reacţiile sale. El nu poate grăbit, schimbările în trăiri şi atitudini având adesea un ritm intern propriu independent de presiunea exercitată de profesionist care paradoxal poate avea efecte contrare, de stimulare a defenselor.

Protecţia clientului, realizată prin aşteptarea cu răbdare a derulării reacţiilor din alchimia sufletului său, creează acestuia (dar şi terapeutului) sentimente de securitate, de încredere. Sfătuitul simte că este înţeles pe deplin de o persoană sensibilă şi este respectat. Aşteptarea nu este o pierdere de timp ci, mai curând, un câştig pentru procesul terapeutic.

Se mai pot aplica tactici ajutătoare, cum ar fi: schimbarea "settingului" a poziţiei scaunelor din cameră, invitarea la o plimbare împreună sau permisiunea de a asista la examinarea altor persoane pentru a lua cunoştiinţă cu stilul terapeutului etc. În toate aceste situaţii terapeutul va explica ce face şi de ce, permiţând subiectului să se familiarizeze cu situaţia. Plasarea clientului într-o activitate diferită de cea pentru care a venit, poate reduce presiunea resimţită şi stimula preluarea iniţiativei de a deschide dialogul. Pentru a înjgheba o discuţie ce poate căpăta curând tentă personală se mai recomandă folosirea fotografiilor de familie sau personale, a unor imagini, postere.

5.3.5. A răspunde clientului reticent/vorbăreţ. Unii clienţi sunt prea expresivi, vorbăreţi, creând o perdea protectoare ce blochează comunicarea şi dialogul. Faţă de ei, ca şi faţă de cei tăcuţi, sunt recomandate mai multe metode de abordare [R. Manthei şi D. Matthews 1983].

Într-o primă etapă, este important să se analizeze comunicarea neverbală, dar şi componentele vocale ale procesului de comunicare şi să se găsească sensul lor comun. Anumite repetiţii de fraze sau de expresii pot conduce spre problemele pe care le acoperă subiectul. Semnificaţia generală a vorbăriei poate fi astfel interpretată şi prezentată clientului.

O metodă împrumutată din metodele cognitve este aceea de a înlocui unele cuvinte acoperitoare cu cele reale. Clientul poate utiliza cuvintele "trebuie" sau "este nevoie" în loc de "vreau" care este sensul adevărat. "Am nevoie/îmi trebuie" semnifică în fapt neajutorare iar "vreau" autonomie şi dorinţă de schimbare. Subiecţii pot fi rugaţi să repete aceleaşi fraze înlocuind cuvintele iniţiale prin cele adecvate. Se aplică acelaşi procedeu şi pentru expresiile "nu pot", care se înlocuiesc cu "nu vreau". Personalizarea opiniilor şi a trăirilor presupune şi utilizarea lui "Eu", într-o formulă ca va fi detaliată în capitolele următoare.

5.3.6. Explicarea procesului de sfătuire. În unele cazuri, clienţii se angajează în relaţia terapeutică numai după ce primesc informaţii amănunţite despre ce se va întâmpla, cum se va acţiona şi scopurile terapiei. Este o atitudine firească de reţinere în faţa necunoscutului. Ea poate fi depăşită prin atitudinea de sprijin şi prin informarea onestă. Ea este foarte importantă la adolescenţi care au rezerve faţă de persoanele prea politicoase.

5.4. EMOŢIILE ŞI SITUAŢIILE CE INTERFEREAZĂ RELAŢIA TERAPEUTICĂ

Acestea se întâlnesc în situaţia de boală, în pedagogie, în asistenţa socială şi în contactul cu problematica profesională.

5.4.1. În situaţia de boală pacientul şi familia sa aduc în faţa persoanei de ajutor stări emoţionale deosebite, rezultate din trăirea ameninţării creeate de noua situaţie. După V. Tchudin [1991], boala somatică sau psihică reprezintă un moment al adevărului, de criză care prin consecinţele nefaste ce se conturează la orizont aduce în discuţie întreaga existenţă a bolnavului dar şi a celor dragi.

Cele mai multe boli induc trăirea de pierdere a sănătăţii, a unei funcţii, a imaginii de sine, a mobilităţii, a slujbei, a relaţiilor umane şi, mai grav, a viitorului dacă afecţiunea este severă. Frământările şi neliniştea izbucnesc cu atât mai puternic cu cât subiectul fusese într-o poziţie mai bună, iar boala a survenit mai pe neaşteptate provocând penetrarea acelei platoşe de apărare, a senzaţiei de invulnerabilitate psihologică cu care fusese înzestrat în timpul perioadei de sănătate.

Ruptura generează întrebări de genul: "De ce să mi se întâmple tocmai mie?", intensitatea lor nefiind neapărat proporţională cu gravitatea bolii. Chiar şi o afecţiune uşoară poate fi la originea acestor întrebări. Modul de reacţie al unui pacient este dependent de multe variabile, cum ar fi: vârsta, educaţia, trăsăturile de personalitate, stilul familiei sau al grupului, echilibrul afectiv, gravitatea bolii etc. La persoanele cu afecţiuni psihice severe lipseşte tocmai conştiinţa bolii, ceea ce creează mari dificutăţi în acceptarea intervenţiei medicale.

Indiferent de afecţiune, poziţia de bolnav induce anumite raporturi cu persoanele de îngrijire, îndeosebi cu asistentele medicale sau nursele. Vera Tschudin [1991] redă câteva dintre ele:

1) pacientul este bolnav, neputincios, asistenta este sănătoasă;

2) pacientul este în starea de nevoie, asistenta poate să-i satisfacă nevoile;

3) pacientul nu o are decât pe ea ca să-l ajute în momentul respectiv, ea are colege şi alţi pacienţi cu care să se ajute;

4) pacientul este slab şi dependent, asistenta este puternică;

5) pacientul poate să zacă şi să aibă nevoie de îngrijiri intime foarte neplăcute, pe care le poate face asistenta.

Această asimetrie creează o situaţie dificilă pentru pacient, care încearcă să o echilibreze prin cadouri, bani sau promisiuni. Ea devine cu atât mai complicată cu cât îngrijirile sunt împletite, nevoile fizice fiind completate de cele de sprijin moral. Adesea, ele se suprapun sau se intercondiţionează. Dacă un pacient hepatic va discuta despre regimul său alimentar şi despre repaus, cel mai adesea el se va referi la fricile sale, la viitorul său marcat de neputinţă sau de riscul acesteia, la datoriile sale neonorate faţă de familie.

5.4.1.1. Reacţiile emoţionale ale persoanelor bolnave. Bolnavul intră în sfătuire cu reacţiile sale faţă de boală sau de invaliditate, marcate de trăsăturile personale. Ele se întind pe un larg registru emoţional, cuprinzând: regresiunea, frica, mânia, ostilitatea, şocul, neîncrederea, vinovăţia, ruşinea, neînţelegerea etc. O bună parte dintre acestea reflectă particularităţile generale ale stilului de confruntare (coping) a persoanei respective faţă de situaţiile dificile ale existenţei, faţă de evenimentele de viaţă imprimate încă din copilărie.

a. Regresiunea este o reacţie binecunoscută în care se scufundă pacienţii în perioada de boală. Ea este mai frecventă la bărbaţi. Regresiunea se exprimă prin trecerea într-o stare de neajutorare, în care subiectul cere ajutor sau pretinde să fie îngrijit ca unul de vârstă mult mai mică, adoptând adesea un limbaj schimbat de copil mic, neputincios şi răsfăţat. De multe ori, solicitările disproporţionate de ajutor şi plângerile sunt în contradicţie cu starea reală a sănătăţii.

Există mai multe variante ale răspunsului de tip regresiv, cel descris anterior fiind caracteristic bolnavului care solicită atenţie în mod exagerat.

Regresiunea poate să îmbrace şi aspectul unor reacţii isterice, conversive. În fapt, ameninţarea creeată de boală este percepută ca fiind extrem de severă. S. Lazarus şi R. Folkman [1984] consideră că regresiunea economiseşte forţele subiectului, permiţând o mai bună apărare faţă de procesul morbid. Ea este considerată ca o exagerare a trăirii de bolnav, care, pe măsură ce persoana îşi va recapăta încrederea în sine, va fi lent depăşită.

Regresiunea stârneşte resentimente şi provoacă distanţarea personalului de îngrijire, ceea ce face ca bolnavul să devină mai însurubat în conduita sa protectivă, ieşirea devenind şi mai dificilă. O atitudine empatică şi de răbdare din partea persoanelor de îngrijire poate să ducă la relaxare, reducerea tensiunii anxioase şi la depăşirea regresiunii.

b. Frica este o reacţie banală la ameninţare, iar situaţia de boală este o binecunoscută generatoare de emoţii de acest tip. Ea se însoţeşte de pierderea capacităţii de control, de a lua o decizie, de a face faţă diferitelor situaţii. Oamenii înspăimântaţi trăiesc neajutorarea şi inabilitatea paralizantă de a se hotări. Ei sunt inhibaţi, blocaţi. Orice contagiune a anturajului sau chiar a persoanelor de îngrijire poate provoca intensificarea fricii prin procesul de inducţie reciprocă.

De cele mai multe ori frica este trăită neconştientizat. Subiectul este "cufundat" în frică şi are nevoie de o persoană calmă şi fermă din afară care, fără a se lăsa

impresionată, să îi constate existența și să îi clarifice originile. Cuvintele adresate fricosului trebuie să fie bine cumpănite, puține, clare și la obiect. Acceptarea trăirii de frică este importantă, permițând subiectului să o reducă prin împărtășirea ei. Recunoașterea și acceptarea reprezintă momente cheie în drumul către ștergerea fricii.

c. Starea de șoc emoțional este determinată de vești, evenimente de viață negative, care perturbă grav existența cuiva și care nu sunt integrate emoțional. Aflarea rezultatului unei biopsii, a existenței unei boli incurabile sau grave, a unei tumori, a contaminării cu HIV, a morții cuiva drag și a altor evenimente ca trăirea catastrofelor, a cutremurelor, inundațiilor, provoacă reacții din cele mai diferite [M. Horowitz 1987], cea mai gravă fiind starea de șoc emoțional. În timpului șocului, comportamentul poate derapa către negare. Poate să apară o stare de dezorientare temporo-spațială sau pierderea identității. Subiectul pare "înghețat" emoțional și fizic nu mai percepe nimic și nu mai reacționează la ceea ce i se spune sau se întâmplă în jurul său.

În asemenea cazuri extreme vorba este insuficientă. Dezghețul emoțional poate fi provocat prin atingerea fizică, prin căldura contactului direct adusă de brațul protector al unei alte persoane în jurul umerilor, de vocea blândă și calmă, de oferirea de lichide calde. Ceaiul și exprimarea simpatiei sunt considerate remedii imediate ale șocului emoțional, gesturi empatice de cea mai mare valoare. Ele pot declanșa dezghețul, adică momentul în care persoana începe să vorbească și să plângă, adesea foarte abundent.

d. Convingerile false apar de obicei în perioada de adaptare față de evenimente de viață neobișnuite, negative, accidente, boli, pierderi etc., care pot provoca perioade de negație. Ele reprezintă o etapă de tranziție în adaptarea la o situație resimțită dramatic, cum ar fi pierderea bruscă a tot ceea ce a fost esențial în viață, ceea ce de multe ori este imposibil de trăit și de acceptat

Credințele false reprezintă soluții psihologice de moment, ce se vor șterge apoi treptat. O persoană obișnuită reușește, de obicei, să le depășească și să realizeze acceptarea și asimilarea ca atare a evenimentului real. Negarea poate deveni însă un mecanism permanent de apărare, fiind întâlnit la unii dintre părinții copiilor sever handicapați, care supraapreciază calitățile acestora, atribuindu-le chiar altele inexistente. Tulburarea respectivă poate avea la origine și informații greșit interpretate sau chiar iatrogenii. Clasică este confuzia clientului, generatoare de fantasme hipocondrice, rezultată din utilizarea termenului de "funcțional" de către personalul medical pentru multe tulburări psihice pentru a le diferența de cele de natură organică. Pentru reducerea stării subiacente de anxietate a celor purtători de convingeri false despre boli sau evenimente de viață, este nevoie de o informare repetată, prudentă, dar bine fundamentată, asociată cu o bună relaționare.

e. Mânia este una din reacțiile posibile față de boală, față de evenimente neplăcute, subiectul neacceptând loviturile soartei. Dar mânia este numai un strat al tulburării emoționale. În spatele său se află anxietatea și posibile trăiri de neputință [E. Fromm 1970].

Mânia se însoțește de ostilitate, de dușmănie, de resentimente și se poate concretiza în agresivitate deschisă verbală și fizică, mergând până la violența îndreptată asupra persoanei proprii sau, prin mecanisme protective, asupra altora, a terapeutului, a tuturor. În infecția cu SIDA au fost descrise acțiuni de contaminare premeditată a altora, nu numai prin contacte sexuale neprotejate, ci și prin înțeparea cu siringi, infectate de către cei bolnavi, a unor trecători necunoscuți (pe străzi la Bangkok).

Subiectul poate fi adus la consultație într-o stare de mânie, pentru a fi tratată, dar agresivitatea se poate declanșa, cu sau fără motiv, și după aceea, în timpul dialogului terapeutic sau al internării. Ea poate fi derivativă, avându-și originea în evenimente din afara situației terapeutice. Izbucnirile de mânie ale clienților sunt, de fapt, un mod de a conversa, un mod de a solicita atenție și a cere indirect ajutor, iar nemulțumirile față de personalul sanitar sau față de condițiile de spitalizare, când nu sunt justificate, pot reprezenta supape de descărcare ale tensiunilor de fond, create de boală.

De aceea, cei cu stări de mânie au nevoie de multă atenție, de înțelegerea și acceptarea mesajului lor chiar dacă forma în care se prezintă este inadecvată; neputința, apărarea luând forma atacului. Se impune modelul unei intervenții de criză cu ascultare prudentă, diplomatică, fără a contrazice subiectul, ceea ce reduce substanțial tensiunea.

Dialogul cu o persoană mânioasă este foarte pretențios întrucât interlocutorul însuși poate fi introdus printre țintele nemulțumirii. Răspunsurile de tip ripostă pot stimula trăirea de mânie. Nu se poate ignora riscul agresiunii fizice în situația în care ne aflăm în fața unui bolnav psihic, a unei intoxicații alcoolice sau cu droguri, a unei persoane violente, ceea ce poate impune aplicarea de urgență a unor tratamente medicamentoase și imobilizarea.

f. Vinovăția reprezintă asumarea unei responsabilități, adesea false, față de încălcarea unor reguli. Regula este adânc implantată în stilul de gândire al unor persoane și este adesea irațională [V. Tchudin 1990]. Trăirile de vinovăție sunt generate de multe situații: de cele de boală, după accidente, de eșecul relațional, sexual, profesional etc. Ele pot genera acțiuni de autopedepsire, declanșarea unor ritualuri religioase de expiere sau descărcări de mânie și agresiune. Multe trăiri de vinovăție apar la părinții copiilor handicapați, la psihotici, iar în cazuri de cancer, la pacienți sau partenerii lor.

Abordarea unei trăiri de vinovăție se realizează prin însuși faptul ascultării, care va fi cât mai tăcută, ca o spovedanie, fără comentarii sau interpretări.

Împărtășirea ei este însoțită de multă emoție, plâns și durere. Abia după trecerea unui timp, după liniștirea subiectului, când acesta devine capabil să adopte o atitudine rațională, se poate aborda problema atribuirii greșite sau exagerate, posibil după mai multe ședințe.

g. Rușinea este o trăire neplăcută, asimilată cu aceea în care te simți dezbrăcat în fața cuiva. După G. Egan [1990], experiența rușinii este echivalentă cu aceea a eșecului de a fi într-un anumit fel. Inadecvarea poate să fie recunoscută de persoana în cauză sau mai rău, să transpară în remarcile altora. Cei ce trăiesc rușinea își imaginează că au făcut păcate, că suferă de afecțiuni respingătoare, că au făcut greșeli. Ei presupun că lumea știe și îi judecă sever. La persoanele religioase, la scrupuloși, referința poate fi făcută la divinitate, la păcat. Gândurile și, eventual, imaginile negative îi asaltează, dar ele sunt greu de destăinuit și de prelucrat.

După J. King [1984] autoînvinovățirea poate să se producă după apariția inexplicabilă a unei afecțiuni, conform cu principiul că cineva trebuie "să răspundă" pentru tot ceea ce s-a întâmplat. Depășirea rușinii presupune obținerea unei atmosfere de mare încredere, de sinceritate, conținutul său fiind adesea ușor de neutralizat printr-o reîncadrare corectă a faptelor și responsabilităților. Întotdeauna, aceasta necesită timp. Cel puțin în privința rușinii și fricilor sexuale, născute încă din copilărie, prelucrarea presupune reveniri de multe ori, ele fiind prea adânc înrădăcinate pentru a a fi smulse dintr-o dată.

5.4.2. În sfera educației sfătuirea se ciocnește de importante obstacole emoționale, rezultate din poziția ambiguă a educatorului. El își exercită în mod obișnuit activitatea pedagogică în cursul căreia, pentru a păstra coeziunea colectivului de elevi, trebuie să intervină disciplinar sub o formă sau alta. Aceasta înseamnă cel mai adesea presiuni educative și utilizarea răsplații și pedepsei în proporții diferite.

Profesorul capătă astfel o alură de părinte care judecă și ia măsuri, fiind oricând capabil să pedepsească. Adesea el este chiar parte a problemei, acționând ca o persoană obișnuită, lezată prin logica afectivă. De aceea, el nu poate fi în același timp și sfătuitor.

Pentru a acționa ca sfătuitor, el trebuie să câștige încrederea celui sfătuit, trecând de la optica de alb/negru către una neutră, mai înțeleaptă, rezultată din învățarea ascultării empatice și adoptarea unei filosofii de tipul rogersian, bazată pe încrederea necondiționată în capacitatea elevului de a regăsi calea cea bună.

Elevul care are nevoie de sfătuire în școală este într-o situație nefavorabilă dintr-un motiv sau altul: absențe, eșec academic (note mici), conflicte cu colegii sau poziție proastă în grup, indisciplină, conflicte cu profesorii etc. Foarte des, el se găsește în fața unei dileme. După cererea sa de ajutor vor apărea interpretări

care să îl pună într-o situație mai proastă, și să se soldeze cu eventuale pedepse sau destăinuirile sale vor fi acceptate ca atare, totul va decurge bine, iar profesorul se va purta ca un părinte și îi va ține partea, oferindu-i un sprijin necondiționat. Deci să apeleze sau nu?

Neîncrederea față de autoritate (educator) se adaugă emoțiilor sale, care pot fi dominate de timiditate, frică, descurajare, de pierderea stimei de sine sau de ostilitate manifestă sau mascată. Imaturitatea cognitivă îl împiedică adesea să aprecieze corect gravitatea situației, pe care o poate supraaprecia, de unde și riscul unor acte grave ca: sinuciderea, fuga de acasă, fie că o poate subaprecia continuând pe același drum. Cei care se prezintă de obicei la sfătuire fac parte din prima categorie.

Mânia și agresivitatea din clasă, deschise sau piezișe, reprezintă și o formă de comunicare și de afirmare socială, specifică liderilor informali, nerecunoscuți sau neacceptați. Primul pas către neutralizarea unei asemenea atitudini este înfiriparea unui dialog privat, ceea ce va reduce din intensitatea confruntării. Sunt importante ascultarea cu deferență a plângerilor elevului și încercarea de găsi soluții, între care se enumeră și acordarea unor responsabilități cât de mici în cadrul colectivului [B. Gearhart, M. Weishahn 1984].

Părinții aflați în criză au, de principiu, raporturi mult mai line cu profesorii, pozițiile lor fundamentale fiind apropiate.

5.4.3. În asistența socială poziția de sfătuitor se îndepărtează, cel puțin în România, de practica obișnuită a asistenței sociale și presupune o relaționare și implicare mult mai strânsă, ceea ce aduce în prin plan emoțiile clienților. O bună parte dintre ei pot fi încadrați în grupul celor "dificili", ceea ce impune eforturi mari și o anumită perseverență pentru obținerea alianței terapeutice.

Trăirile cele mai blocante par să fie un amestec de neajutorare cu slaba stimă de sine și complacere în situația respectivă. Este posibil și un blocaj imaginativ, în a vedea o situația în altă perspectivă, a defini o soluție, a fantaza asupra unui posibil viitor pozitiv. Pătrunderea în atmosfera subiectului aduce riscul identificării excesive, acceptarea și asimilarea unui eșafodaj de justificări "de sprijin" de către persoana de ajutor, fapt care anulează orice încercare de ieșire din criză.

5.4.4. În situațiile vieții economice, în starea de stress, o serie de persoane care se prezintă pentru sfătuire nu conștientizează problematica lor reală, fiind blocate de perceperea modificărilor fiziologice provocate de emoțiile excesive. Persoanele aflate în stresul profesional se pot încadra în două categorii: manageri și angajați.

Emoțiile lor sunt diferite ca etiologie și conținut, deși semnificația lor este comună. Ei nu mai fac față situației profesionale date. Managerii sunt doborâți de

amploarea responsabilităţilor asumate, de asumarea unor roluri contradictorii, de suprasolicitarea informaţicnală, de nesiguranţă, de supramuncă. Emoţiile lor sunt anxietatea, tensiunea, nerăbdarea, vinovăţia şi agresivitatea îndreptată împotriva tuturor. Depresia este legată de trăirea de neputinţă şi de eşecul măsurilor propuse.

Angajatul umilit, nemulţumit, descurajat, cu slabă stimă de sine, dezorientat, lipsit de curaj, nu vede nici o ieşire din starea de dependenţă şi situaţia de frustraţie în care se află şi de care îi face vinovaţi, de cele mai multe ori, pe manager sau pe soartă. El este mai degrabă depresiv şi, mai rar, tensiv, neliniştit, mânios.

Ambele categorii par să fie marcate de suferinţa cardiovasculară, de semnele de stress ca: insomnie, nerăbdare, irascibilitate, dificultăţi în concentrarea atenţiei, reducerea memoriei [A. Restian 1983, I. B. Iamandescu 1993]. Se pot adăuga consumul excesiv de alcool şi/sau tutun, care constituie paleative menite să restabilească, pe cât posibil, confortul mintal.

5.5. DINAMICA RELAŢIEI TERAPEUTICE

Ca orice relaţie umană, cea terapeutică are o dinamică proprie. Ea poate fi etapizată astfel: un prim stadiu de **apropiere** sau de ataşament ce se naşte prin dezvoltarea alianţei terapeutice şi care se aprofundează pe parcurs. Urmează un al doilea stadiu, de **lucru la conţinuturile interne,** în care raporturile dintre terapeut şi client se aşează la o distanţă/apropiere propice. Gradul de apropiere al unei relaţii de ajutor [L. Brammer şi E. Shostrom, 1968] poate atinge 4 niveluri:

a) nivelul prieteniei. Terapeutului îi plac anumite calităţi ale clientului şi relaţia este plăcută;

b) nivelul întâlnirii. Terapeutului îi displac calităţile clientului, poate să îi placă pacientul, el îl acceptă aşa cum este;

c) nivelul altruist. Terapeutul iubeşte pacientul pentru că este o fiinţă umană ca şi el;

d) nivelul erotic. Terapeutul răspunde sexual, conştient sau inconştient. Eficacitatea sa în raporturile cu pacientul poate fi afectată şi obiectivitatea sa va fi alterată.

Nivelurile cele mai adecvate unei relaţii terapeutice sunt cel al întâlnirii şi cel altruist. Se creează o anumită dependenţă emoţională, apropierea se consolidează, dar este limitată de nevoile de autonomie, de intimitate *(privacy)* ale celor doi parteneri. Odată stabilită, distanţa terapeut-client se va menţine oarecum constantă. Subiectul se simte liniştit, este securizat în prezenţa terapeutului, iar relaţia devine protectivă. Unii pacienţi trăiesc intens această încredere şi securitate.

Caz clinic

O doamnă suferindă de nevroză obsesională şi mult încercată de disensiunile cu soţul şi legăturile excesiv de strânse cu familia sa de origine, sora geamănă şi

mama cu care locuia, de altfel, povestea că oricât de neliniştită ar fi, pe măsură ce se apropie de cabinetul medicului, se simte mai liniştită, mai senină. Când se află înaintea uşii, toate grijile şi tensiunile parcă s-au şters şi nu şi le mai aminteşte. De aceea, înainte de a pleca de acasă, îşi nota cu meticulozitate trăirile tulburătoare, pentru a fi sigură că va avea ce spune şi va găsi răspunsuri la ele în dialogul terapeutic.

Urmează etapa de **detaşare** care presupune îndepărtarea treptată de terapeut, pe măsură ce subiectul devine mai echilibrat, mai eficient, iar nevoile sale de suport emoţional se reduc. El se descurcă mai bine, se ajută şi este firesc să înceapă să uite de ajutorul primit, pentru a-şi atribui lui însuşi succesele obţinute. Este drumul normal, ce marchează succesul unei cure terapeutice care se va termina apoi formal, în etapa ultimă de **încheiere,** când clientul şi terapeutul ajung împreună la concluzia că tratamentul s-a terminat şi că subiectul este vindecat sau capabil de a-şi rezolva problemele fără ajutor.

De multe ori, clientul are nevoie să fie asigurat că accesul la terapie nu este închis, că aceasta va putea fi reluată de câte ori o va solicita. Este un moment contradictoriu, încărcat de tensiune, de nesiguranţă, nevoile de dependenţă ciocnindu-se cu cele de independenţă. Terapeutul va deveni o figură ideală, de acompaniere mintală, undeva în memorie, ca o persoană de ajutor, oricând disponibilă, la care se poate face referinţă. În momentele de cumpănă, unii dintre foştii pacienţi ajung să se întrebe: "Oare cum ar fi procedat el?".

Dinamica relaţiei terapeutice poate fi cu totul diferită dacă subiectul sau terapeutul prezintă rezistenţe semnificative, reacţii de transfer sau de contratransfer care o blochează sau o deformează, aducând fie riscul de ruptură prematură, intempestivă, fie prelungirea sa la nesfârşit, prin crearea stării de dependenţă emoţională. Poate să lipsească dorinţa de desprindere din partea celor doi participanţi.

Pentru terapeut, starea de dependenţă a pacientului poate deveni o sursă de satisfacţie. Vanitatea sa va fi exaltată. El poate să considere că este foarte iubit de pacientul care îl caută mereu. În realitate, subiectul este umilit şi devine incapabil să-şi câştige autonomia şi echilibrul emoţional. Durata perioadei de dependenţă este nedeterminată.

Caz clinic

S-a prezentat un bărbat care fusese într-un program de "psihoterapie de grup", pentru o perioadă de 10 ani, fără să perceapă vreo îmbunătăţire reală. El întrerupsese facultatea în anul al treilea pentru a se interna pentru o stare nevrotică, definită ca neurastenie, care s-a prelungit în timp. După externare, tânărul a continuat să frecventeze spitalul, urmând în continuare, timp de ani de zile, un

program de psihoterapie de grup, în care s-a creat o foarte bună legătură cu terapeutul. Cu trecerea timpului, a fost considerat un bolnav incurabil, dependent de relaţia cu grupul şi cu terapeutul. În acest lung răstimp, el nu a găsit răspunsuri la problemele sale de viaţă, care erau centrate asupra carierei. Statutul de student se pierduse, iar pentru a-l recăpăta tânărul s-a tranformat într-un candidat devenit etern la intrarea într-o facultate economică, prin eşuarea de 8-9 ori a concursului de admitere. Deşi împlinise deja 36 de ani, el nu avea în vedere nici o schimbare de strategie, continuând să se plângă de "vagi tulburări de memorie" care i-ar impiedica accesul la cariera univesitară şi să spere la "medicamentul minune". În programul individual de sfătuire au devenit obiective prioritare rezolvarea problemelor imediate de viaţă, neglijate anterior în aşteptarea revenirii la viaţa de student, plângerile referitoare la memorie şi altele fiind considerate drept manifestări secundare.

După conştientizarea purtării sale neglijente clientul şi-a îmbunătăţit activitatea zilnică de pedagog pe care o disprețuia, devenind mai disciplinat, mai conştiincios. Apoi a acceptat prietenia şi căsătoria cu o tânără nu prea arătoasă care îl iubea şi care i-a oferit un cămin, o casă mobilată "la cheie". În fine, a găsit un serviciu mult mai bine retribuit într-o întreprindere. Simptomele s-au redus simţitor. Orientată asupra problemei, relaţia terapeut-client s-a menţinut în limite rezonabile, clientul fiind încurajat să adopte decizii de bun simţ şi să le pună în aplicare singur, ceea ce a şi făcut. Pe parcurs, el a fost apreciat ca un om care se descurcă în viaţă, nemaifiind acceptat în rolul de bolnav. A fost oprită medicaţia. Au fost necesare doar aproximativ 4 şedinţe spaţiate pe o perioadă de 3 luni, pentru a încheia terapia. Bolnavul nu şi-a exprimat o critică explicită în raport cu vechea terapie ci s-a mărginit să remarce că anterior nu a primit ceea ce avea nevoie.

5.6. TRANSFERUL

Unii consideră că toate exteriorizările sfătuitului, din timpul procesului terapeutic şi legate de relaţia cu terapeutul, pot fi încadrate în fenomenul de transfer. Această generalizare lipseşte practic de orice semnificaţie relaţia actuală, întâlnirea terapeutică, definită prin formula "aici şi acum", ca şi procesul de comunicare în desfăşurare.

Alţii se referă numai la aspectele bine delimitate, negative, ce interferează procesul firesc de formare a alianţei terapeutice. Identificarea reacţiilor de transfer este de o importanţă deosebită. Un prim obstacol îl reprezintă delimitarea lor de alte manifestări nesemnificative pentru relaţia dintre client şi terapeut ce apar în timpul procesului terapeutic. Însăşi definiţia reacţiilor de transfer este controversată. Luarea în considerare numai a sensului a dus la gruparea manifestărilor în două categorii strict distincte: cele pozitive şi cele negative.

E. Watkins [1992] consideră că transferul are manifestări diverse, proteiforme, ceea ce îngreunează definirea sa. M. Basch [1980] descrie experienţa transferului ca una legată de aşteptări care predispun clientul să acţioneze sau să reacţioneze în mod univoc faţă de persoane sau situaţii.

Deci sfătuitul intră în relaţia terapeutică având deja o orientare prealabilă, stabilită de anumite percepţii şi trăiri anterioare, ce poate fi denumită drept schemă aperceptivă. De aici apare şi riscul producerii şi persistenţei unor percepţii deformate ale personalităţii sfătuitorului şi a eforturilor sale, a realităţii imediate, a interviului, ceea ce creează dificultăţi evidente sau mai dificil de recunoscut, datorită caracterului lor înşelător şi nepotrivirii cu situaţia reală.

Din această perspectivă, tranferul este o tentativă de a menţine *status quo*-ul psihologic intern al clientului [E. Singer 1970, T. Paolino 1981]. Subiectul se concentrează asupra apărării, expresiile transferenţiale reprezentând manevre defensive ale Eului, menite să îi salveze imaginea de sine în detrimentul mişcării către schimbare. E. Singer afirmă că reacţiile de tranfer reduc conştiinţa de sine a clientului, ajutându-l să şi menţină o imagine a lumii în care toţi oamenii sunt văzuţi în termeni identici, eliminîndu-se diferenţele. De aceea, se cuvine să recunoaştem reacţiile transferenţiale şi să le tratăm diferenţiat în raport cu modelul fiecăreia.

După E. Watkins [1992], reacţiile transferenţiale au ca obiect personalitatea sfătuitorului, a cărui percepţie poate fi sintetizată în 5 modele ca: 1) ideal; 2) vizionar; 3) educator care oferă şi hrană spirituală (nurturer); 4) frustrator; 5) o non entitate.

5.6.1. Terapeutul ca ideal. În această categorie, sfătuitorul este perceput ca persoană perfectă care face toate lucrurile fără greşeală. El este apreciat ca părintele idealizat din copilărie. Faţă de el se constituie un set de comportamente semnificative ca: trimiterea de complimente şi laude, de osanale aduse în faţa altora, aprobarea tuturor interpretărilor sau reflecţiilor produse de acesta, foamea de prezenţa/comunicarea cu terapeutul. Este posibilă o anumită identificare-imitare a terapeutului, prin adoptarea îmbrăcăminţii, a stilului de a vorbi, α expresiilor acestuia.

Pentru început, sfătuitorul se simte excelent, este mândru de sine, de competenţa sa. Această lună de miere se consumă însă [S. Nacht 1959], în comportamentul pacientului apărând frustrarea şi mânia şi, abia acum, terapeutul recunoaşte modelul deviant al relaţiei cu pacientul, ceea ce îi declanşează tensiune, anxietate, confuzie.

Pentru modificarea reacţiei de idealizare şi a frustraţiei consecutive, terapeutul [E.Watson 1992] va oferi un suport continuu Eului sfătuitului, prin tolerarea dezamăgirii, depresiei, posibil a mâniei, în momentul confruntării

acestuia cu reacţia transferenţială. Confruntarea aşteptărilor idealizate cu imaginea reală a terapeutului în diada client-terapeut, dar şi în sfera relaţilor intime şi de prietenie cu alţii, îi provoacă subiectului o stare de furtună, ceea ce va permite recunoaşterea modelului său dominant "intrapunitiv" de expresie, în care predomină atitudinile de auto-umilire şi de autonegare. Terapia poate aduce agravarea stării sale prin pierderea Eului şi adoptarea unuia fals [D. Winicott 1992], care mimează pe cel al terapeutului. Prelucrarea reacţiei tranasferenţiale va duce la depăşirea reacţiei.

5.6.2. Terapeutul ca vizionar. Acest model are multe similarităţi cu cel anterior, esenţa sa fiind că i se atribuie terapeutului calităţi de atotştiutor, de expert şi de putere. Clientul aşteaptă sfaturi şi anticipează sugestiile care îi pot fi oferite. Iniţial, sfătuitorul se simte mândru de sine, puternic, atotştiutor, suferind de o adevărată autointoxicare. Cu timpul el începe să aibe îndoieli asupra lui însuşi, fapt care duce la dezamăgire, la trăirea de incompetenţă, de eşec terapeutic.

Pentru a depăşi această reacţie, trebuie luate în atenţie aşteptările clientului, mai ales a celor ce reflectă exagerarea puterii altora, a terapeutului, dar şi a persoanelor din jur. Se vor analiza motivele/nevoile clientului de a alege un asemenea mod de apărare-relaţionare cu lumea. În spatele lui se ascund sentimente de inferioritate şi frica de a lua decizii de unul singur. Pentru a se menţine într-o stare de autoprotecţie, el preferă să delege (transfere) altora dreptul de a lua decizii. Trecerea pacientului în etapa mult mai riscantă a deciziilor personale, autonome, este realmente dificilă [E. Watson 1992].

5.6.3. Terapeutul ca unul care hrăneşte. Persoanele din această categorie acţionează ca nişte neajutoraţi. Ei se simt incapabili să intervină decisiv şi oscilează între activitate şi inactivitate, având puternice nevoi de dependenţă şi fuziune care se exprimă prin emoţii puternice, tendinţa la ţipete şi frici. Prin ele sfătuitul solicită ordine şi preluarea sa de către terapeut. Acesta trebuie să ia măsuri, să adopte soluţii, altfel starea pacientului se va agrava, întrucât sentimentele de slăbiciune se pot accentua treptat în ciuda intervenţiei şi pot apărea solicitări de atingere, de ţinut de braţe şi chiar îmbrăţişări. Cea mai severă solicitare poate să fie cea sexuală, care semnifică fuziunea, uniunea cu elementul puternic - sfătuitorul. Mai puţin dramatic este refugiul în neajutorare sau lipsă de speranţă, ca formă de evitare a confruntării cu realitatea. În acest mod, clientul poate declanşa reacţii de compătimire şi o atitudine protector-hrănitoare din partea terapeutului.

Recunoaşterea acestui model se realizează prin autoexaminarea terapeutului încă din momentul în care simte că este solicitat excesiv să mângâie şi să îngrijească pe cel sfătuit. El poate trăi o adâncă părere de rău, compătimire faţă de

client, iar dacă nu reuşeste să păstreze distanţa, va intra într-o reacţie contratransferenţială, care va bloca procesul terapeutic prin depresia şi frustraţia proprie. Relaţia terapeutică se va deteriora în timp.

Soluţia este buna automonitorizare a atitudinilor sale, în paralel cu analiza atitudinii fundamentale a pacientului, caracterizată prin asc:ţiunile "Sunt incapabil", "Ai grijă de mine!" etc., care exprimă intense nevoi de dependenţă [D. C. Dinkmeyer, W. L. Pew, D. C. jr. Dinkmeyer 1979]. Pentru depăşirea stării regresive a pacientului se impun măsuri de reconstrucţie a Eului şi o conduită suportivă pe această perioadă de timp [G. Blanck, R.Blanck 1979]. În vederea depăşirii situaţiei, analiza comportamentelor de fiecare zi ale ambilor parteneri şi dezvoltarea alternativelor sunt căi lente dar reale.

5.6.4. Terapeutul ca o persoană frustrantă. Unii clienţi văd în sfătuitor o persoană frustrantă pentru experienţele lor actuale. Ei au o atitudine defensivă, apar precauţii excesive în împărtăşirea vieţii lor. Există reticenţe faţă de implicarea în ceea ce se poate numi relaţia de intimitate specifică psihoterapiei. Intimitatea semnifică [R. Lipkin, 1989] permisiunea dată, într-o atmosferă de prietenie, unei alte persoane de a avea acces la detalii importante şi bine apărate despre viaţa sa.

În acest tip de reacţie transferenţială, clientul manifestă suspiciune şi neîncredere, având aerul unei persoane frustrate, nemulţumite. El încearcă să intre în relaţia terapeutică dar, foarte repede, se retrage în sine, conturându-se un joc de "intrare-ieşire". Fiindu-i frică de eventualele dezamăgiri el declanşează manevre de distanţare, prin care testează reacţia sfătuitorului: lipseste de la şedinţe, întârzie, blochează discuţiile etc. [E. Kris 1982]. Pentru a depăşi fazele timpurii, descrise de E.Erickson [1965], clientul are nevoie în aceste atitudini de câştigarea încrederii.

Recunoaşterea acestui tip de reacţie porneşte de la senzaţia de stânjeneală şi tensiune, de grijă, pe care o resimte sfătuitorul care adoptă treptat o prudenţă de parcă "ar merge pe sârmă", ceea ce duce la o monitorizare excesivă a răspunsurilor sale. Treptat, el se simte din ce în ce mai incomodat şi se poate retrage, trăind un sentiment de neplăcere, care se poate accentua până la ostilitate şi ură [D. Winnicott 1949].

Plasat într-o asemenea poziţie, sfătuitorul poate să trăiască vinovăţia faţă de evoluţia nefavorabilă a terapiei. De aceea, sfătuitorul va trebui să apeleze la experienţa sa pozitivă cu alţi clienţi pentru a recunoaşte că este supus unei reacţii transferenţiale dificile. Prin prelucrarea ei se poate produce evoluţia către o atitudine normală a clientului, cu pierderea neîncrederii şi reducerea tendinţei la distanţare faţa de sine şi de alţii. Se recomandă focalizarea atenţiei asupra relaţiei, asupra construirii gesturilor de încredere, cum ar fi: oglindirea experienţelor, empatie etc. [G.Basch 1983]. După ce s-a realizat o relaţie mai bună, se poate aborda şi fenomenul "intrare-ieşire". Totodată, clientului i se va dezvălui motivaţia

prudenței sale excesive și i se vor semnala fenomenele de neîncredere de câte ori ele devin vizibile în timpul terapiei [P. Anthi 1983, P. Greenacre 1981].

5.6.5. Terapeutul ca o non-entitate. Sfătuitul îl percepe pe terapeut ca pe o persoană inanimată [E.Watson 1992], lipsită de consistență, de nevoi, de dorințe, de speranțe etc. Ca urmare, el percepe un fel de vid în momentul discuției, vid pe care îl va umple prin volubilitate, un fel de diaree verbală întreținută de mișcări permanente. Se creează un baraj de vorbe și gesturi, fără vreo temă semnificativă. Ora se consumă fără scop și sens, neputându-se avansa. O asemenea mișcare îl obligă pe terapeut să se regrupeze, să inițieze răspunsuri timide, senzația sa dominantă fiind că este manipulat, subapreciat, neluat în considerare, ceea ce duce la frustrație și mânie.

Pentru a contracara această formă de transfer, sfătuitorul va stabili un cadru și reguli precise ale discuției, pe care le va impune cu consecvență și fermitate. Repetarea întrebărilor și a eventualelor răspunsuri și interpretări reprezintă o tactică menită să spargă zidul indiferenței clientului. Tendința sfătuitului de a ignora expresiile consilierului va fi analizată cu voce tare, ceea ce va antrena o evaluare comună a mersului terapiei.

Acest fapt poate naște onestitatea relațională. În spatele fugii neîncetate de contactul real cu sfătuitorul poate să stea frica de reflecție asupra propriei soarte, ca posibilă sursă de depresie și de percepere a golului interior. După depășirea reacției transferențiale se poate ajunge cu mult suport la problemele nerezolvate și la un stil de viață mai satisfăcător.

5.7. REZISTENȚELE

De multe ori clienții se poartă cu totul diferit față de cum ar fi de așteptat într-o situație dată ca aceea de boală, ceea ce sugerează intervenția mecanismelor de tip rezistență. Acestea definesc apărările sau opoziția conștientă sau inconștientă a clientului față de dezvăluirea inconștientului dar și a conștientului său [H. Kaplan și B. Saddock 1992]. Împreună cu evitarea, rezistențele pot constitui puncte de blocaj sau pete oarbe cantonate în gândirea clientului și care se plasează în calea schimbării.

V. Tschudin [1990] descrie "rezistentul de profesie" care se opune la tot și în toate situațiile. În clasificările moderne - DSM IV [1994] - este descrisă personalitatea pasiv-agresivă caracterizată prin nemulțumire, critici, refuzul oricărei colaborări constructive și menținerea în pasivitate. Alte persoane consideră că a primi un ajutor reprezintă o înfrângere. Chiar dacă vin pentru ajutor, ei vor căuta să limiteze influența altora. În fine, alții au nevoie de putere personală și consideră că a rezista oricui le conferă mai multă putere.

Pacienții care prezintă rezistențe accentuate față de persoanele care le îngrijesc sau le sfătuiesc se pot angaja în comportamente prohibite sau chiar contrare celor indicate, iar acesta este cazul multor suferinzi de boli cardiovasculare, diabet, epilepsie sau chiar cu afecțiuni chirurgicale preoperator sau imediat postoperator. Restricțiile sunt ignorate sau neacceptate, creându-se confuzii și dezamăgire.

Binecunoscută în serviciile medicale, atitudinea de mai sus se conturează ca o inabilitate a pacientului de "a asculta", de a urma explicațiile, indicațiile profesioniștilor și a celor din jur. Blocajul cognitiv sau chiar emoțional, aparenta lipsă de participare sau chiar menținerea bunei dispoziții imediat după aflarea diagnosticului de cancer sau altă boală severă se pot naște drept urmare a nevoilor de a se proteja ale unui Eu slab împotriva unei amenințări copleșitoare și insuportabile, prin eliminarea etapei de conștientizare a realității.

Rezistențele apar ca rezultat al intrării în acțiune, sub presiunea stressului, a mecanismelor de apărare ale Eului, inadaptate realității imediate [G. Vaillant 1977]. Ele devin maladaptative dacă persistă o perioadă mai îndelungată după perioada impactului. După H. Kaplan și B. Sadock [1992] există 4 niveluri diferențiate de rezistențe, după momentul intrării lor în acțiune, de-a lungul ciclului vieții, începând cu primul an de viață: 1) **narcisic**, care cuprinde negarea și distorțiunea; 2) **imatur**, incluzând evitarea, raționalizarea, manifestările brutale (acting-out), comportamentul pasiv-agresiv, hipocondriile, regresiunea, proiecția etc.; 3) **nevrotic**, care are drept mecanisme: represiunea, identificarea, izolarea, deplasarea, formarea-reacțională și deplasarea. Cele **mature**, ca represiunea, altruismul, sublimarea etc., reprezintă alternative față de rezistențele din primele 3 niveluri. Rezistențele interferează cu desfășurarea unei relații sau raportări firești, nu numai cu terapeutul ci și cu restul lumii, inclusiv cu cei din jur precum și relațiile clientului cu boala care îi amenință imaginea de sine.

Cei cu Ego-ul tare sunt capabili să privească realitatea în față și să-și reducă defensele într-un interval destul de scurt. Dacă subiectul este prea slab iar realitatea apare prea dură, apărările maladaptative (care au marele merit de a proteja echilibrul emoțional al persoanei de riscul de a fi depășit) se pot menține.

Prin manevrele de mai sus, mecanismele inconștiente de apărare ale Eului controlează, aducând la un nivel acceptabil, presiunea emoțională (anxietatea, depresia, agresivitatea și altele), venită dinăuntru și exercitată asupra vieții conștiente. Ele fac parte dintre strategiile de confruntare (coping) care au ca menire adaptarea persoanei la cerințele mediului, fără a modifica pe cât posibil scopurile vieții.

a. Evitarea poate fi considerată ca o formă de rezistență la schimbare. Ea este similară cu neîncrederea [G. Egan 1990]. Comportamentul de evitare este învățat din copilăria timpurie. El se exprimă prin aceea că oamenii ce nu pot să se

confrunte cu critica preferă să schimbe subiectul. Cei care au un dezacord asupra unor subiecte pot învăța să nu mai vorbească despre ele, să le considere tabu, evitând astfel astfel situațiile inconfortabile de confruntare dar și rezolvarea lor. Una din formele de evitare se exprimă prin vorbirea despre sine la persoana a treia [V. Tschudin 1991]. Vorbirea politicoasă, în șaradă, impersonală, permite evitarea discuției directe despre ceea ce se întâmplă cu "mine" și cu "problemele mele". Această privire către "mine" este turburătoare pentru că subiectul poate descoperi/vedea ceea ce îi displace. De aceea, în cursul terapiei, manevra de evitare va trebui menționată cu calm, analitic, ca o formă de apărare, de menținere a status-quo-ului. O confruntare mai abruptă poate hrăni conduita de evitare, stimulând apărarea.

Se recomandă ca rezistențele să fie testate cu blândețe. Ele se pot relaxa iar clientul poate să adopte o atitudine mai realistă, trecând pe o poziție mai matură. Singura tehnică de atacare frontală a rezistențelor este terapia Gestalt și, într-o anumită măsură, confruntarea "fierbinte" propusă pentru personalitățile psihopatice. Abordarea prin întrebări ajutătoare, reflexive, poate ajuta bolnavul să le conștientizeze treptat, mai ales în cazul afecțiunilor medicale și a psihozelor.

O tehnică de conștientizare și de depășire a rezistențelor este analiza limbajului **"Tu-Mie"** *(You-Me talk)* [G. Egan 1900] utilizat de client în timpul întâlnirii terapeutice, iar abilitatea corespunzătoare a profesionistului a fost numită promptitudine (immediacy) [V. Tschudin 1991]. Această analiză aduce în conștiința clientului o anumită realitate a modului său de gândire, a limbajului folosit, a "trucurilor" și diversiunilor menite să protejeze în mod inconștient Eul, în detrimentul relațiilor interpersonale. Printre diversiunile clasice se enumeră: schimbarea subiectului, vorbirea la persoana a treia, centrarea asupra altora sau a celorlalți în loc să se prezinte pe sine etc. Toate acestea transpar insidios, ele fiind îndelung exersate în viața de toate zilele. Discuția de ajutor este distorsionată, deplasată de la obiectul său real, iar profesionistul percepe la un moment dat că este neputincios și nu mai poate funcționa adecvat, conform așteptărilor. După G. Egan [1990], el trebuie să intervină asertiv, cu răbdare și înțelegere, la momentul potrivit, posibil în mod repetat, până când clientul va deveni conștient de blocajele sale interne și va renunța la manevre, concentrându-se către direcția firească.

5.8. CONTRATRANSFERUL

Este o noțiune ce se referă la reacțiile, gândurile, emoțiile, atitudinile și comportamentul sfătuitorului față de clientul său, generate în timpul întâlnirii cu acesta și la posibilul lor impact asupra procesului terapeutic [H. Klar și A. Frances 1984, R. MacKinnon și R. Michels 1971].

Se diferențiază două viziuni diferite. Una clasică, în care contratransferul este alcătuit din acele elemente de distorsiune care se actualizează în timpul

terapiei [O. Kernberg 1965]. Acestea ar fi generate de reacțiile sale inconștiente față de figurile importante din trecutul său și determină deplasarea unor emoții interne către pacient [W. Reid 1980]. În această concepție, contratransferul este în totdeauna negativ. El îndepărtează terapeutul de la pozițiile ideale de neutralitate sau suportivă. Concepția totală consideră că toate manifestările terapeutului sunt contratransferențiale. Ea este amorfă și reduce utilitatea conceptului respectiv.

În ultimii ani a fost dezvoltată o a treia orientare conceptuală [G. Blanck 1973, G. Blanck și R. Blanck 1979] asupra contratransferului, orientare care preferă definiția clasică însă admite o mai mare varietate a manifestărilor. Contratransferul poate să aibe calități pozitive sau negative, poate să fie constructiv sau destructiv. În abordarea reacțiilor transferențiale, E. Watkins [1992] pornește de la conceptul de identificare, care poate contribui la clarificarea motivației manifestărilor de contratransfer.

Identificarea se referă la tendința terapeutului de a-și însuși sau împărtăși experiențele clienților în timpul terapiei. O participare din partea persoanei de ajutor în orice intervenție de acest gen este firească, însă ideal este un grad optimal de identificare, care să permită menținerea punctului de vedere independent al terapeutului și o anumită distanță față de subiect. Altfel, relația va fi compromisă și nu se va putea crea un proces satisfăcător de empatie.

Identificarea se referă la aspecte avute în comun ca valori, ținută, limbaj, înfățișare fizică, așteptări care pot fi similare sau diferite. Ea se declanșează încă de la prima întâlnire, când cei 2 participanți se examinează reciproc, și va continua pe parcurs. În cazul sfătuitului, dacă impresiile sunt pozitive se va declanșa procesul de apropiere către identificare, iar probabilitatea continuării procesului de sfătuire devine ridicată. În caz contrar, riscurile rupturii sunt crescute.

În ceea ce privește sfătuitorul, identificarea se plasează pe o scară în care există un punct optim de mijloc, având ca extreme lipsa de identificare sau supraidentificarea. Însușirea nedescriminativă a emoțiilor, trăirilor, convingerilor și atitudinilor clientului prin ștergerea distanței, definește **supraidentificarea**. Dezidentificarea reprezintă procesul invers, adică distanțarea excesivă de sfătuit, ceea ce creează răceală, lipsă de empatie, mergând până la ostilitate.

Aceste reacții nedorite, iraționale, plăcute sau neplăcute, se declanșează când reacțiile transferențiale, dezvăluirile sau comportamentul sfătuitului ating zone nerezolvate, conflictuale, ale terapeutului, coarde sensibile ale sufletului său [S. Peabody și C. Gelso 1982]. După E. Watkins [1992], reacțiile de contratransfer, strâns legate de fenomenele de identificare, pot fi clasificate în: 1) supraprotectoare; 2) benigne, ambele reflectând o supraidentificare și 3) respingătoare (rejectante) și 4) ostile, ce personalizează fenomenele de dezidentificare.

5.8.1. Contratransferul supraprotector. Acest model se caracterizează printr-o atitudine părintească faţă de client, care este tratat ca un copil imatur, fragil, slab, ce trebuie protejat şi chiar îngrijit. Protecţia faţă de situaţiile tensive, ce se pot ivi în mod firesc în timpul tratamentului, poate genera un grad de complicitate cu subiectul, ceea ce împiedică desfăşurarea procesului terapeutic.

Când terapeutul împărtăşeşte observaţiile sau interpretările sale, el se va strădui să amortizeze, să ascundă esenţa lor, utilizând totodată un limbaj apologetic cu adjective sau laude nepotrivite. Efectul acestora poate fi atât de diluat încât să se piardă cu totul. Clienţii ratează astfel şansa de a reflecta pe deplin la implicaţiile afirmaţiilor sfătuitorului.

O altă formă de supraprotecţie se leagă de prevenirea trăirii suferinţei, a anxietăţii, umilinţei, a furiei şi a altor afecte declanşate în timpul şedinţei. Sunt utilizate expresii ca: "Lasă, nu te mai supăra, totul va fi bine!", iar vinovăţia este redusă prin formulări de tip raţionalizare: "Data viitoare ai să te descurci mai bine!". Asemenea manevre scurtcircuitează procesul de prelucrare, contactul atât de necesar cu propriile emoţii şi frământări, ca şi încercările de a câştiga stăpânirea de sine.

Unul din mecanismele cele mai negative este acela de proiecţie reciprocă. Sfătuitorul adoptă nedescriminativ modelul proiectiv de externalizare a problemelor, sfătuitului devenind avocatul acestuia în faţa lumii. Clientul este împiedicat să-şi recunoască partea de vină în situaţia actuală şi să-şi asume responsabilitatea iniţierii de noi strategii de confruntare în vederea ieşirii din criză. De multe ori, terapeutul vorbeşte cu o voce mai joasă, se fereşte să ridice tonul, pentru a nu crea presiuni asupra clientului, gesturile sale fiind excesiv de familiare, prieteneşti. Toate acestea reîntăresc infantilizarea şi dependenţa clientului.

Comportamentul supraprotector poate persista şi în afara şedinţelor, sfătuitorul nefiind capabil să se desprindă de el. Acasă sau în timpul liber, el se frământă excesiv, se gândeşte la sfătuit şi îşi poate imagina contacte mai strânse, extra-terapeutice

5.8.2. Contratransferul benign. Sfătuitorul experienţiază o nevoie intensă de a plăcea unui anumit client şi, dacă afirmaţiile sale vor fi neplăcute, el poate fi înfricoşat de eventuala mânie a acestuia [C. V. Haldipur, M. Dewan, M. Beal, 1982]. În asemenea situaţii domină frica sfătuitorului de a nu fi depăşit de mânia clientului. De aceea, pentru a preveni orice risc, el creează o atmosferă benignă, amabilă, optimistă, prietenoasă, veselă. Se pune accentul asupra a ceea ce este optimist, pozitiv şi se elimină sau se limitează considerabil negativul sau problemele spinoase. Mecanismul negării este adoptat în mod concertat de ambii participanţi, creându-se un fel de complot pentru a se menţine nivelul superficial, lipsit de incisivitate, al sfătuirii.

Discuţia capătă un caracter tovărăşesc, ca între amici, de flecăreală, cu complimentări reciproce, distanţa se şterge iar sfătuitorul îşi pierde calitatea de a dezvălui şi de a prelucra conţinuturi dureroase şi contradictorii. Procesul terapeutic se blochează definitiv.

5.8.3. Contratransferul rejectant. După E. Watkins [1992], în contratransferul rejectant, deşi clientul este văzut ca o persoană dependentă, aflată în nevoie, terapeutul reacţionează într-un sens oarecum contrar, şi anume către pedepsirea acestuia. El adoptă o atitudine de răceală, de rezervă, prin minimă implicare, creează distanţă şi separare.

Se pare că sfătuitorului îi este frică să se implice la solicitările altora şi, eventual, să preia responsabilitatea, pentru binele lor. De aceea, el preferă să stea la distanţă. Ascultarea empatică poate fi utilizată împotriva clientului prin formulări interpretative dure, aspre, care rănesc [A. B. Szalita 1981].

Solicitările de sprijin sunt respinse rece, prin formulări ca: "Este problema ta, tu decizi". Pacientul este lăsat să se scalde în anxietate, care se agravează la cei cu frică de abandon sau la cei care încearcă să se agaţe de realitate. Utilizarea excesivă a tăcerilor face parte din manevrele uzuale contratransferenţiale de acest gen. Ele înspăimântă clienţii lipsiţi de feedback. Relaţia terapeutică se blochează sever.

5.8.4. Contratransferul ostil. La baza unui astfel de comportament stă frica sfătuitorului de a nu fi contaminat de unele din comportamentele sfătuitului sau chiar antipatia faţă de client. Prin comportamente ostile, făţişe sau mascate, se fac eforturi de a se crea distanţă faţă de client, care este astfel rănit prin formulări scurte, tăioase, poruncitoare, aparent sincere dar cu un sâmbure de răutate. Întrebările pot să fie foarte dificile. În cazul în care ostilitatea creşte, sfătuitorul se bucură de suferinţa clientului sau menţine o atitudine batjocoritoare prin care transmite ideea "Asta e problema ta pe care nu eşti în stare să o rezolvi!". În mod paradoxal, o asemenea relaţie poate să se menţină, dacă ea satisface nevoile ambilor parteneri, căpătând alura unui cuplu sado-masochist. Cel mai adesea, terapia se termină prematur, prin ruptură.

Evitarea sau depăşirea reacţiilor de contratransfer presupune dezvoltarea conştiinţei de sine şi o bună monitorizare a propriei persoane, a trăirilor, a emoţiilor, a gândurilor parazite apărute în timpul sesiunii terapeutice, întrucât potenţialul lor destructiv este deosebit, putând afecta încrederea în terapeut şi terapie.

CAPITOLUL VI

EVALUAREA ŞI PREGĂTIREA INTERVENŢIEI

CONDIŢIILE PRELIMINARE

6.1. Cererea de ajutor. O precondiţie fundamentală a începerii unui proces de sfătuire este solicitarea venită din partea "clientului" sau acordul său în cazul în care este adus de alţii. Nu este suficientă solicitarea familiei sale, aşa cum se întâmplă adesea în psihiatria vârstelor tinere, în care părinţii doresc să folosească o asemenea "cură" pentru a-şi impune punctul de vedere educaţional. În asemenea cazuri, terapeutul poate fi transformat într-un simplu instrument pedagogic.

În fapt, în toate situaţiile conflictuale familiale, poziţia psihoterapeutului este fragilă, mai ales când este implicat fără acordul deplin al ambelor părţi. Deşi o consultaţie şi chiar angajarea psihoterapică sunt posibile, poziţia sa alunecoasă şi pendularea între cele două tabere este întrucâtva asemănătoare cu mersul pe sârmă.

Caz clinic

Doi părinţi vârstnici, ambii intelectuali, dintre care unul cercetător, au adus la consultaţie pe fiul lor, în vârstă de 23 de ani, pentru o afecţiune mintală. În adolescenţă a mai fost consultat pentru dificultăţi şcolare şi s-au obţinut rezultate satisfăcătoare cu tratamentul propus. Motivele actuale ale consultaţiei sunt următoarele: nu este în stare să ducă la bun sfârşit nimic din ceea ce începe. A întrerupt studiile universitare de mai multe ori în timpul anului. După 4 ani de la înscriere la Facultatea de Turism a promovat numai unul singur şi ameninţă că nu se va mai duce la şcoală întrucât consideră că e o pierdere de vreme. El doreşte să-şi continue afacerile începute de câtva timp. Transportă persoane sau marfă pe cont propriu, cu vechiul autoturism al familiei, pe care deseori nu reuşeşte să-l repare. Citeşte numai reviste pornografice cu care îşi pierde nopţile. Are iubiri nepotrivite, o fată de la ţară, incultă cu care "din păcate" se simte foarte bine. A avut o legătură cu o femeie măritată cu 2 copii, pe care a adus-o în casă. Vine noaptea târziu, are prietenii dubioase. Nu îl interesează viitorul său studios. A împrumutat pe o prietenă a mamei cu suma de 20 de milioane din banii proprii obţinuţi din munci necalificate şi pe care aceasta nu mai e în stare să o înapoieze.

Tânărul aduce în sprijinul refuzului său de a mai continua studiile argumentul că în familie mai sunt persoane cu mare succes în afaceri, cum ar fi sora şi nepotul mamei, în timp ce profesiunea de cercetător a mamei sale ar reprezenta un dezastru financiar. Discuţiile contradictorii din familie au căpătat o turnură primejdioasă. În momentele de exasperare, băiatul a înjurat şi a ameninţat cu cuţitul. Părinţii solicită imperativ medicului să îl declare bolnav mintal, să îl

trateze cu medicamente şi să contribuie la revenirea la facultate, într-un termen de câteva zile. În timpul consultaţiei, care s-a desfăşurat într-o atmosferă de încrâncenare, a fost imposibilă orice mediere sau aducerea unui oarecare echilibru, cearta continuându-se la cote maxime.

S-a propus efectuarea unui examen psihologic pentru evaluarea intelectului şi un tratament sedativ cu neuleptil, menit să reducă irascibilitatea, urmând să se efectueze o reexaminare după 3 săptămâni. Intervenţia în criză a dus la unele schimbări în statutul tânărului, care a primit dreptul de se angaja. După două săptămâni de activitate ca şofer el a renunţat la primul obstacol şi a cerut să revină la facultate. A eşuat şi acolo, intrând într-o stare de apatie.

Deşi familia a avut un anumit fler în a depista comportamentul deviant al tânărului, pentru obţinerea unei relaţii terapeutice şi dezvoltarea unei intervenţii psihoterapice de nuanţă persuasivă, ar fi fost necesară echilibrarea prealabilă a poziţiei părţilor. Ea presupunea o anumită întărire a poziţiei tânărului în faţa părinţilor săi, reducerea semnificaţiei de morbid atribuită tulburărilor sale, încă din timpul discuţiei introductive în grup. Această manevră, de altfel necesară, a nemulţumit profund pe părinţii săi care îl aduseseră ca bolnav, ţintă a analizei psihopatologice şi se aşteptau, ca şi tânărul de altfel, să găsească nu numai înţelegere ci şi oarecare părtinire.

De principiu, aşteptările divergente ale părţilor aflate în conflict intră în contradicţie cu poziţia fundamentală de bunăvoinţă şi solicitudine a oricărui terapeut şi cu datoria sa de a evita orice afectare a cuiva în timpul operaţiei de corectare a raporturilor dintre părţi.

Este o activitate delicată, cu trimiterea de mesaje non-verbale neutre, binevoitoare, de relaxare sau de oarecare îndoială. Ea este greu de acceptat de către părinţi sau aparţinători, care se aşteaptă la o condamnare făţişă a "vinovatului", plasat în rolul de bolnav. Ei nu au înţeles că securizarea ambelor părţi este singura atitudine firească din partea terapeutului, ce poate crea permeabilitatea necesară procesului de influenţare. În absenţa ei, se conturează riscul, frecvent materializat, de rejecţie şi de părăsire a interviului de către persoana de referinţă. În cazul respectiv, a fost nevoie de explicaţii suplimentare adresate separat părinţilor pentru a înţelege strategiile terapeutice, ceea ce a permis menţinerea legăturii cu familia.

Intrarea în procesul terapeutic a unei persoane care nu a cerut ajutor din proprie dorinţă necesită intervenţii preliminare, cum ar fi dezvoltarea unui interviu motivaţional (vezi cazul alcoolismului, al consumului de droguri la adolescenţi sau copii) şi iniţierea relaţiei terapeutice. Aceasta se poate realiza mai uşor în condiţii de internare, în cadrul aşa-numitei psihoterapii instituţionale, la care părţile sunt constrânse întrucâtva să participe. Se creează astfel răgazul necesar câştigării încrederii clientului.

Premizele nefavorabile se pot inversa prin talentul psihoterapeutului, prin flexibilitate, prin detaşare. În final, trebuie să se obţină consimţământul, chiar şi tacit, al clientului, iar gradul de aderenţă la un proces terapeutic poate să crească pe măsură ce el se simte înţeles, sprijinit, încurajat.

6.2. Evaluarea compatibilităţii clientului. După clarificarea problematicii legate de consimţământ se va efectua evaluarea viitorului client în vederea stabilirii compatibilităţii sale cu un proces de sfătuire sistematică. Se porneşte de la principiile general valabile în psihoterapie. Clientul trebuie să fie capabil să înţeleagă ce se petrece cu el, să îşi poată prezenta cât de cât problemele, să fie influenţabil şi să fie apt de a urma consecvent o activitate pe o anumită durată.

6.3. Examinarea psihiatrică prealabilă constituie o asigurare asupra faptului că eforturile comune nu vor fi inutile. Se vor aprecia: capacitatea de contact psihic şi afectiv a subiectului, claritatea conştiinţei, simţul realităţii, calitatea proceselor cognitive, percepţia, atenţia, memoria, gândirea şi, mai ales, raţionamentul, starea afectivităţii, capacitatea de a se menţine controlul motoriu pentru o perioadă suficientă de timp.

Asemenea date pot fi culese în primele 20-30 de minute de la prezentare, prin urmărirea modului de expunere a problematicii proprii sau cu ajutorul întrebărilor descrise în interviul psihiatric clasic [V. Predescu, C. Oancea 1989].

Iată un exemplu concludent.

Un tânăr de 17 ani se prezintă spontan şi solicită un ajutor şi un sfat în realizarea unei operaţii de schimbare de sex. S-a prezentat foarte timid, jenat şi a mărturisit că, încă de la vârsta de 8-9 ani, a avut dorinţa de a fi fată şi că a suferit foarte mult din cauza condiţie sale actuale, pentru care a întreprins mai multe tentative de sinucidere. Examinarea psihiatrică a evidenţiat existenţa unei stări psihotice cu halucinaţii vizuale şi auditive imperative de autocastrare, de emasculare, fapt care a dus la recomandarea instituirii de urgenţă a unui tratament neuroleptic. Nu existau indicaţii pentru sfătuire în momentul respectiv.

Prin screeningul psihiatric sunt eliminate persoanele retardate mintal moderat sau sever, cei un grad înaintat de demenţă, deterioraţi neuropsihic, alcoolicii în stadii avansate de degradare, amnezicii precum şi cei cu stări confuzive, psihoticii în stadiul florid, psihopaţii cu o structură paranoidă.

O poziţie delicată o au bolnavii cu stări depresive de intensitate nevrotică pigmentate de anxietate, trăiri de neputinţă şi eşec, posibil cu tentative de suicid, la care distimia pare estompată. În asemenea cazuri, este preferabilă începerea intervenţiei printr-un tratament antidepresiv. Abia după trecerea unei perioade

rezonabile de câteva săptămâni, se va stabili ce a mai rămas din tabloul psihopatologic şi se vor determina nevoile de psihoterapie. De altfel, în depresii, s-a ajuns pe plan internaţional la o convergenţă a psihoterapiei cu chimioterapia.

6.4. Analiza funcţională. În contextul examinării psihiatrice prealabile, Noella Jurasse [1996] introduce conceptul de "analiză funcţională" recapitulativă, care include istoricul şi antecedentele recente, comportamentul problemă cu consecinţele sale asupra persoanei şi asupra ambianţei. Dintr-o perspectivă behaviorist cognitivă, această analiză urmează modelul în 7 etape al lui F. Kanfer şi G. Saslow [1969], precum urmează:

A) Identificarea comportamentului problemă (unde?, de câte ori?, cum?);

B) Analiza factorilor care contribuie la persistenţa comportamentului, conţinutul recompenselor actuale negative şi pozitive pentru simptome;

C) Motivaţia clientului pentru schimbare;

D) Definirea unor repere din istoricul clientului şi a atitudinilor pe care le-a avut atunci;

E) Strategiile utilizate de client pentru a face faţă comportamentului problemă;

F) Analiza reţelei sale de suport social şi familial;

G) Analiza contextului sociocultural în care trăieşte pacientul.

Analiza funcţională cuprinde în centrul său comportamentul-problemă cu componentele sale în care intră: 1) tulburări, simptome, plângeri; 2) factorii cognitivi, adică scheme cognitive elaborate, ruminaţii, anticipări negative, devalorizare etc.; 3) conduitele rezultate. Acestea din urmă exprimă modul în care clientul îşi trăieşte tulburarea pe planul conduitei şi a comportamentelor, adică evitare, autoexaminare obsesională, fugă în sănătate, banalizare etc.

O a doua componentă a analizei funcţionale se referă la consecinţele comportamentului problemă, la factorii de întărire.

A treia componentă a analizei comportamentală se concentrează asupra dificultăţilor psihologice, a traumatismelor reale sau fantasmatice şi a importanţei acordate de subiect. Se conturează un model original de conceptualizare, ilustrat de exemplul următor, reprodus după N. Jurasse [1996] şi care cuprinde analiza funcţională a unei doamne în vârstă de 39 de ani, survenite după o operaţie de cancer de sân şi caracterizată printr-o stare de dezgust faţă de sine şi faţă de sexualitate. Soţul, în vârstă de 49 de ani, nu a fost capabil să facă faţă noii situaţii, să îşi ajute soţia.

Antecedente istorice. Mama decedată de un cancer uterin şi ovarian când Anita (doamna în discuţie) avea 12 ani; preluarea puterii în familie de către sora sa, cu 3 ani mai vârstnică; absenţa afectivă a tatălui, depăşit de evenimente, deşi nu s-a recăsătorit. De altfel, mama Anitei avea un discurs foarte negativ şi nu mai dorea să trăiască.

Antecedente recente. Vârsta de 39 de ani este trăită foarte traumatizant de Anita. Copiii cresc, ea se simte inutilă şi deja bătrână. Reintrarea în şomaj. Vorbeşte într-un mod din ce în ce mai obsesiv despre oboseala sa, despre moarte. A descoperit că bărbatul său este din ce în ce mai absent.

Comportamentul problemă. Dezgustul de a atinge, de a privi, de a avea raporturi sexuale.

Consecinţe asupra persoanei. Dezgust pentru toate: nu îi mai este foame, sete, nu mai are dorinţa de a ieşi în oraş. Silă accentuată faţa de toate comportamentele. Refuz faţă de orice apropiere sexuală. Refuz faţă de orice manifestare de tandreţe non-sexuală.

Consecinţe asupra mediului. Declanşarea deprimării soţului. Frustraţia şi, adesea, mânia partenerului.

Analiza funcţională deschide calea unei abordări sistematice pe care autoarea o împarte în îngrijirea cognitivă, comportamentală şi corporală. Componenta corporală capătă astfel importanţa pe care o merită, adică o abordare separată, de tipul focalizării. Selectarea elementelor semnificative din cadrul analizei funcţionale antrenează adesea ieşirea din modelul strict psihopatologic, medical.

6.5. Examinări psihologice. După formularea cererii de ajutor şi screeningul psihiatric (ce permit formularea unui diagnostic de prezumţie) se pot adăuga examinări psihologice. În multe cazuri, ele oferă sfătuitorului certitudinea asupra corectitudinii soluţiilor avute în vedere. Când, într-o situaţie de dezadaptare şcolară sau profesională, este suspectată o incapacitate cognitivă a subiectului, este firesc să se efectueze un examen psihometric, chiar dacă pe prim plan stau plângeri zgomotoase din sfera afectiv-comportamentală. După caz, se pot adăuga chestionare de abilităţi sociale, de asertivitate, de definire a stresului, de stabilirea profilului personalităţii. Chestionarele devin mai stufoase în cazul orientării profesionale.

Probele proiective [Rorschach, Szondi, TAT] precum şi altele de tip creion-hârtie ca, de exemplu, desenul familiei, persoanei proprii, desenul liber, povestea vieţii, dorinţe, frustraţii, autocaracterizarea etc. sunt valoroase în problemele de identitate sexuală, homosexualitate, pedofilie, în sindroamele impulsiv-compulsive, în anorexia mintală şi, posibil, în alte afecţiuni. Administrarea probelor lor psihologice poate să survină şi mai târziu, în timpul procesului terapeutic, după cunoaşterea mai aprofundată a problematicii clientului

Prelungirea evaluării pe mai multe şedinţe destinate numai acestui scop poate să favorizeze descurajarea clientului, care poate ajunge la concluzia că o asemenea abordare nu îi aduce nici o uşurare.

6.6. Explorări medicale-biologice. Examinările pot fi completate prin efectuarea de probe biologice şi alte examinări medicale de rigoare, care să permită definirea corectă a stării de sănătate/boală a clientului şi a potenţialului său biologic, real.

6.7. Diagnosticul psihoterapic. Următoarea etapă constă în **stabilirea diagnosticului psihoterapic**, care este diferit de cel medical. El va preciza problematica clientului, cu dimensiunile şi varietatea sa. Ea va fi pusă în conexiune cu aspectele sensibile sociale, interpersonale, cu cele personale, legate de nevoile sale, de personalitatea sa, de atitudinea sa fundamentală faţă de viaţă, de mecanismele sale de confruntare cu mediul, de resursele sale psihice şi fizice.

6.8. Prudenţă în formulări. Desfăşurarea de planuri şi apariţia de noi teme sau perspective este destul de frecventă în timpul psihoterapiei, impune o anumită prudenţă în conceptualizare. Formularea timpurie a unei opinii "definitive" asupra problematicii cazului creează riscul unei viziuni selective, scotomizate, care va elimina în mod inconştient tot ceea ce este neconform cu ipotezele iniţiale, terapeutul căutând mereu autoconfirmarea sa în cele relatate de pacient, indiferent dacă ele se potrivesc sau nu.

Caz clinic

Un exemplu de desfăşurare succesivă de planuri este dat de cazul unui tânăr de 17 ani, adus la internare după a doua tentativă de sinucidere. Motivele tentativei, expuse cu obidă şi nemulţumire au fost eşecul relaţiei sale cu o fată şi persecuţia dramatică din partea părinţilor: bătăile excesive ale tatălui, antipatia, disprețul mamei vitrege, neînţelegerile dintre părinţi şi agresivitatea fratelui vitreg, mai mic şi răutăcios. A apărut imaginea de victimă integrală, afişată cu insistenţă de tânăr, care a fost îndelung conceptualizată de către profesionişti cu ocazia unor prezentări de cazuri. El a rămas câteva săptămâni în spital, în refacere, evitând însă aprofundarea discuţiilor terapeutice sau vreo referire la întoarcerea acasă.

Situaţia a apărut apoi ca blocată, rolul de "victimă" dominând complet scena ca şi povestirile sale, orice altă deschidere fiind privită ca o răutăcioasă tentativă de a-l discredita. După o lună, timp în care nimeni din familie nu s-a prezentat, a apărut mama naturală, care a dezvăluit o altă faţă a problemei. Băiatul refuza să plece acasă şi să se confrunte cu familia sa pentru că fusese exmatriculat din şcoală pentru vagabondaj şi absenţe. În fapt, el se simţea vinovat faţă de tatăl natural care muncea din greu şi ale cărei pedepse erau în bună măsură justificate. S-a decis ca mama naturală să intervină pe lângă tatăl său pentru iertare şi să-l ajute în găsirea unui loc de muncă temporar, până va relua şcoala cu mai multă seriozitate.

6.9. Decizia de acceptare a sfătuirii - contractul terapeutic. După depăşirea fazei de evaluare apare o nouă problemă delicată, şi anume, decizia de acceptare a sfătuirii. La o primă vedere, orice persoană care se prezintă în acest scop poate fi sfătuită. Desigur, un sfat de bun simţ se găseşte pentru fiecare. Cei care ajung la un profesionist, au primit probabil un asemenea ajutor din partea sfătuitorilor informali, numai că subiecţii l-au refuzat (a se vedea comentariile din capitolul I). Ei se aşteaptă la o procedură simplistă, asemănătoare cu cele trăite anterior. De aceea, clientul şi aparţinătorii trebuie informaţi asupra conţinutului sfătuirii ca procedură terapeutică de o anumită durată şi rigoare. În străinătate, angajarea într-un proces de sfătuire implică un **contract terapeutic,** cu obligaţii din partea ambelor părţi, inclusiv de natură pecuniară. Consilierea este o acţiune responsabilă, ce trebuie să se impună în conştiinţa clientului printr-un cadru instituţional precis. Astfel, el va respecta pe deplin munca depusă împreună iar riscul întreruperii premature a procesului terapeutic, (ceea ce se întâmplă frecvent în România), se va reduce considerabil.

6.10. Stabilirea tehnicii de abordare. Odată adoptată decizia de efectuare a unui program de sfătuire, va trebui stabilită modalitatea de abordare, care se plasează între cele două orientări fundamentale: cea centrată asupra problemei şi cea centrată pe client. În domeniul medical se utilizează abordarea centrată pe problemă, care este mai simplă. Ea se adresează rezolvării unei situaţii precise, pe care subiectul nu a reuşit să o depăşească, neavând soluţii, şi asupra căreia se concentrează întregul efort.

Abordarea centrată asupra clientului, teoretizată de către Carl Rogers, este indicată în cazurile în care pacientul se află într-o criză mai profundă, prelungită, ce ţine mai mult de vicisitudinile procesului de maturizare, de depăşirea unor conflicte interne decât de factorii externi. Clienţii nu ascultă opiniile altora ci, mai curând, se supun presiunii interne de a se exprima, de a vorbi despre sine, de a se înţelege, iar ajutorul ce poate veni din afară e menit să sprijine exclusiv clarificarea şi autoactualizarea.

În fapt, în spatele unei situaţii bine circumscrise, semnalate la începutul terapiei, poate să iasă mai târziu la iveală o criză internă/de maturizare sau legată de ciclul vieţii, care necesită o abordare non-directivă. În practică, alegerea între cele două modele poate fi îngreunată, limitele dintre ele fiind estompate.

De exemplu, tânăra Dana N., de 26 de ani, este angajată într-un conflict conjugal legat de dificultăţi materiale (şomaj) şi afective, şi de lipsa de integrare într-o familie în care nu se simte apreciată de către soţ şi soacră. Nu ştie ce atitudine să ia, este dezorientată. Este o persoană dependentă, puternic legată de mamă şi mătuşă care locuiesc în altă localitate. Suferă de simptome anxios-depresive, cu o anumită nuanţă funcţională. Deşi în cazul amintit s-a prescris un

tratament psihofarmacologic de scurtă durată, accentul s-a pus pe rezolvarea problematicii existenţiale.

Soluţia proiectată în timpul unei singure şedinţe, a fost aceea de a utiliza sprijinul familiei de origine, al mamei şi mătuşii, care pregătiseră deja o schimbare majoră, şi anume, mutarea într-o altă regiune şi o posibilă despărţire temporară de soţ şi copil, care să-i permită clarificarea sentimentelor. Soluţii imediate de acest tip sunt destinate unor persoane fără resurse materiale, trăind în regiuni îndepărtate, fără acces la asistenţa specializată. În alte circumstanţe, ar fi fost firesc să se recomande o cură psihoterapică scurtă/intervenţie de tip sfătuire, care să ţină seamă de problematica dependenţei şi de lipsa de asertivitate.

CAPITOLUL VII

ASCULTAREA

7.1. DEFINIŢIA ASCULTĂRII

Calitatea de a fi un bun ascultător este fundamentală în cadrul procesului de sfătuire. Clienţii au nevoie în primul rând să fie ascultaţi şi sprijiniţi. O. Holmes [1872] spunea că "este de domeniul cunoaşterii să vorbeşti şi de domeniul înţelepciunii să asculţi". Ascultarea creează premizele unei relaţii de lucru şi devine o bază de influenţare pentru etapele ulterioare ale sfătuirii. Sfătuitorul care respectă legile ascultării este perceput ca o persoană de încredere, competentă şi plăcută, care se poate adapta unei situaţii.

Ascultarea este un proces ceva mai complicat decât pare. Realizarea sa cu succes presupune o serie de condiţii. Astfel, N. Stanton [1995] oferă 10 sfaturi pentru a se reuşi o bună ascultare, începând cu acela de a fi pregătit pentru această activitate. A fi pregătit reprezintă adoptarea unei atitudini mintale corecte, a fi interesat, a păstra mintea deschisă, a urmări cu atenţie, critic, a defini ideile principale, a ajuta vorbitorul. Ascultarea implică un efort activ, susţinut, precum şi o anumită responsabilitate din partea ascultătorului în crearea condiţiilor propice de desfăşurare. O bună ascultare presupune o implicare profundă a ascultătorului şi chiar o anumită tehnicitate, care creşte în cazul psihoterapiei. Din nefericire, instruirea pentru ascultare lipseşte din repertoriul materiilor învăţate în şcoală, deşi în unele profesiuni ea consumă 45-52% din timpul petrecut în serviciu.

Ascultarea are o serie de componente care se împletesc în mod subtil. În viaţa obişnuită vorbele trec pe prim plan, pierzându-se din atenţie metacomunicarea, adică ceea ce este dincolo de vorbe, şi anume, sensul real al comunicării, care se exprimă adesea mai bine în restul componentelor sale, mai discrete. În formarea "simţului" ascultării sunt luate sub atenţie toate componentele comunicării. Auzirea reprezintă numai una din laturile procesului şi se limitează la recepţionarea sunetelor. Ascultarea este nu numai auzirea sunetelor ci şi înţelegerea sensului lor, perceperea întregului mesaj, cu indicatorii săi verbali şi mişcările de însoţire care îi definesc contextul.

Ascultarea capătă o dimensiune neobişnuită în condiţiile asistenţei prin telefon, caz în care profesionistului îi sunt oferite numai cuvinte, ţipete, zgomote şi tăceri. Nu numai conţinutul mesajului ci şi componentele vocale oferă indicaţii importante asupra stării emoţionale a subiectului.

Ascultarea se concentrează atât asupra mesajelor venite din afară cât şi asupra celor venite din interior. Ascultarea exterioară implică înţelegerea altora, în timp ce ascultarea interioară implică o atenţie adecvată, o sensibilitate faţă de

propriile gânduri, sentimente, emoţii şi este vitală pentru menţinerea echilibrului emoţional şi asigurarea unei existenţe echilibrate. Între cele două tipuri de ascultări există o legătură inextricabilă. A asculta cu atenţie la ceea ce spun alţii favorizează ascultarea interioară.

Ascultarea empatică este un proces circular de comunicare. El poate fi divizat în 3 etape [G. Barnett-Lennard 1981], şi anume: 1) rezonarea empatică a persoanei **A (sfătuitorul)** faţă de mesajul venit de la **B (sfătuitul)**, aceasta reprezentând procesul de recepţie şi înţelegere responsivă; 2) apoi ascultătorul **(A)** devine la rândul său emiţător al mesajului de înţelegere pe care îl transmite lui **B (sfătuitul)**; 3) mesaj pe care **B (sfătuitul)** îl recepţionează şi îl conştientizează.

Ciclul de comunicare empatică presupune o interacţiune continuă, adesea invizibilă pentru ascultător, mai ales în ceea ce priveşte participarea sa. În schimb, ea este percepută cu acuitate de către cel ascultat, care primeşte sau nu aşa-numitele mesaje de înţelegere. Adecvarea lor, atât la conţinutul mesajelor cât, mai ales, la starea psihică a clientului, creează climatul de securizare şi înţelegere caracteristic ascultării empatice.

Aparenta pasivitate şi reţinerea verbală a ascultătorului bun care, în majoritatea timpului, îşi exprimă înţelegerea prin mesaje neverbale de încurajare şi de continuare, sunt de natură a stimula destăinuirile clienţilor, persoane înfricoşate care s-au simţit de multe ori respinse în trecut. Respectul exprimat precum şi o bună ascultare îi face să se simtă acceptaţi, afirmaţi, înţeleşi.

În timpul ascultării terapeutice de calitate, clienţii îşi experienţiază sentimentele şi trăirile în deplină libertate de expresie, fără a se simţi intimidaţi de interlocutor, de multe ori prin izbucniri catarctice. Anterior sfătuirii ei şi-au reprimat, cel puţin temporar, capacitatea de a reacţiona emoţional faţă de alţii şi faţă de ei înşişi. Îngheţul afectiv este mai pregnant la persoanele care aparţin claselor sociale ce cultivă sobrietatea expresiei emoţionale şi verbale. El a fost descris în unele reacţii de doliu în familiile burgheze în care se insistă asupra bunei creşteri şi atotstăpânirii în orice situaţie.

Ascultarea ajută pacientul să vină în contact mai intens cu fluxul experienţei sale interioare care, fiind acceptată de ascultător, devine valabilă şi valoroasă. Prin aceasta se reduce şi defensivitatea şi se creează un spaţiu psihologic propice pentru autoexplorare. Ascultarea contribuie, de asemenea, la crearea confidenţialităţii şi intimităţii, adică "acea apropiere care în psihoterapie permite altei persoane să aibă access la informaţii despre aspecte bine păzite şi importante din viaţa cuiva" [R. Lipkin 1989].

7.1.1. Intimitatea poate fi înţeleasă şi în sensul de comunicare intimă, împărtăşită exclusiv cuiva, cu excluderea altora. Ea se leagă şi de noţiunea de strict personal *(privacy)*, secret al unor conţinuturi. De aici şi nevoia de secret a

majorității clienților, care acceptă interviuri luate de către singur terapeutul, precum și frecventa ostilitate față de eventualele înregistrări.

Intimitatea este favorizată de comunicarea telefonică, din cadrul serviciilor de asistență de urgență prin telefon, așa-numitele linii fierbinți (hot-line), datorită accesibilității extreme, subiectul rămânând în locuința sa, dar și anonimatului, lipsei contactului vizual care reduce defensivitatea. Ca urmare, sunt destăinuite secrete, unele menținute în starea de tabu timp de ani de zile, ca frici sexuale, vinovății, pulsiuni agresive. Cu mare ușurință se ajunge la stratul cel mai ascuns, neobișnuit de repede în raport cu ceea ce se petrece în mod obișnuit în cura de psihoterapie [M. Senten 1998]. Senzația de control al situației și posibilitatea de a întrerupe în orice moment convorbirea telefonică creează și ea o trăire de securitate.

La asemenea servicii, în care coexistă separarea fizică și un grad de iluzie a apropierii, apelează persoane cu un anumit profil psihologic. Sunt persoane jenate de situația lor, de viața lor, de neputințele lor, cu impotență sexuală, suferinde de abuz sexual, izolate social, aflate în criză, persoane care nu știu cui să se adreseze sau nu au încredere în serviciile medicale obișnuite.

Intimitatea adevărată aduce cu sine și nevoia de îngrijire din partea celui ce o împărtășește, ca și tendința la identificare cu persoana în cauză. Problematica identificării în relația terapeutică a fost deja abordată în termenii gradului de identificare (vezi reacțiile de contratransfer). R. Lipkin [1989] aduce în discuție și limitele intimității și, mai ales, a confidențialității determinate de caracterul fundamental de sfat moral al oricărei psihoterapii sau sfătuiri.

Pentru a realiza confortul emoțional al subiectului, sfătuitorul trebuie să fie prezent împreună cu corpul său, cu emoțiile și cu gândurile sale. Contactul emoțional și intelectual de la persoană la persoană, caracteristic ascultării empatice, se definește prin accesibilitate și expresivitate [J. Bugental 1978].

7.1.2. Accesibilitatea înseamnă a permite ca emoțiile și experiențele pacienților să îl afecteze pe terapeut în mod real, prin reducerea apărărilor sociale și a defensivității din viața de toate zilele, ce reprezintă un scut împotriva influenței altora.

7.1.3. Expresivitatea presupune să arăți clientului ceea ce simți pentru el și să dezvălui din conținutul reflecțiilor tale fără distorsiuni. Astfel, se poate dezvălui sensibilitatea sfătuitorului, vulnerabilitatea sa față de stressul creat de contactul nemijlocit cu trăirile nefericite.

7.2. ASCULTAREA FIZICĂ

În ascultare există o importantă componentă fizică, denumită de către unii specialiști și **"limbajul trupului"** [A. Pease 1993], aceasta făcând parte din metacomunicare. Mai ales pe timpul tăcerilor sau a intervalului dintre aserțiuni, ea este singura componentă vizibilă a mesajului de înțelegere emis continuu de către ascultător. Influența sa este decisivă. Exprimând gradul real de disponibilitate al ascultătorului, ascultarea fizică poate contribui la răsplătirea dar și la îndepărtarea subiectului.

Mesajele comunicate corporal au o complexitate deosebită și pot fi câteodată în discordanță cu disponibilitatea adevărată a sfătuitorului. Aceasta poate fi mascată sau deformată aparent de câte o indispoziție fizică sau psihică sau de alți factori dinafară, care nu afectează participarea ascultătorului. Se descriu câteva componente ale poziției ideale de ascultare ca: postura corporală, deschiderea fizică, contactul vizual, mișcările capului.

O postură corporală destinsă, relaxată, cu corpul elastic, mobil, expresiv, conjugată cu o față care oferă un zâmbet de simpatie, reprezintă semne majore de disponibilitate, de receptivitate față de interlocutor, tot așa cum corpul rigid, brațele încrucișate, faciesul încruntat, în tensiune, pot transmite mesaje involuntare de respingere, de persoană nemulțumită care judecă pe cel din fața lui.

Deschiderea fizică presupune a sta cu brațele deschise, cu mâinile relaxate, cu trupul puțin aplecat în față. Împreună cu poziția de față în față, ele constituie elemente definitorii ale disponibilității fizice. Schimbul continuu de priviri, caracteristic poziției față în față, poate fi greu de suportat de timizi sau de persoane cu trăiri de vinovăție, care se simt astfel vizate, judecate. De aceea, ele pot prefera poziția laterală. Trupul prea aplecat în față către interlocutor poate naște impresia de agresivitate din partea sfătuitorului, prin invadarea spațiului personal al clientului. Din contră, o poziție prea relaxată a trupului, aplecat pe spate, a trândăvie, impresionează neplăcut prin senzația de nepăsare, de lipsă de sensibilitate pe care o creează.

Un contact vizual bun reprezintă o importantă susținere a clientului, în timp ce privirea în alte direcții creează și indică tensiune sau plictiseală, deși ea degajează interlocutorul, pentru un timp, de presiunea de a se simți privit ca obiect de studiu. Pe de altă parte însă, contactul vizual susținut oferă posibilitatea de a se urmări jocul mimic al clientului, atât de important în procesul de comunicare.

Zâmbetul și datul din cap destul de frecvent, în sens afirmativ, pe parcursul discuției creează prezență, exprimă atenția care se acordă clientului, dar și permisiunea de a vorbi și interesul față de subiectul expus.

O mimică și pantomimică expresive, bine marcate care reflectă trăirile clientului, reprezintă un avantaj. În schimb, o atitudine de sfinx, cu zgârcenie în expresivitate, adică în desvăluirea sfătuitorului, creează răceală și distanță.

7.3. COMPONENTELE ASCULTĂRII DE CALITATE

Ascultarea presupune o serie de operațiuni adiționale din partea sfătuitorului ca: deschiderea discuției, intrarea în cadrul intern de referință al clientului, structurarea și disciplinarea ascultării, utilizarea mesajelor de continuare, folosirea cuvintelor cheie, menținerea cursului corect, evitarea sau reducerea la minimum a surselor de interferență și a mesajelor de descurajare, oglindirea.

7.3.1. Deschiderea discuției. Aceasta presupune formularea unei invitații considerată și ca o permisiune de a vorbi. Ea poate avea fi și forma unei întrebări deschise *(open-ended)*, al cărui răspuns este nedeterminat, lăsând libertatea clientului de a-l alege. Iată câteva "deschideri": "Aveți vreo problemă?"; "Sunt gata să vă ascult!"; "Ați putea să-mi spuneți ce vă frământă?"; "Păreți tulburat(ă), aveți ceva pe suflet." etc. De multe ori clientul afirmă că el nu știe dacă va reuși să se exprime corect, să-și expună problemele și că ar fi bine să fie întrebat, el mărginindu-se în a răspunde: "Mai bine întrebați Dvs!".

Astfel, clientul se retrage în poziția de apărare, care îi este mai comodă. Prin aceasta apare riscul pentru terapeut de a fi plasat într-o poziție dominantă, de investigator.

Caz clinic

Unul dintre pacienți, un tânăr de 24 de ani, este adus de părinții săi la consultație pentru o simptomatologie obsesională. În momentul în care trebuia să înceapă să se plângă de tulburările sale, el solicită părinților săi să le descrie ei, pentru că "le cunosc mai bine" și apoi se refugiază în tăcere.

A refuzat de mai multe ori să intre în poziția activă de client, de persoană care se plânge de suferințele sale, arborând argumentul că el nu poate să trăiască fără ajutor. Astfel, a preferat să se comporte ca un copil care se ascunde în spatele părinților săi. A fost nevoie de separarea de familie și de o așteptare relativ lungă până când subiectul s-a decis, în sfârșit, să vorbească. Vizibil iritat, el a început să vorbească repede, cu glas tare, energic, roșu la față, asertiv. Era vorba de o masturbație sever culpabilizată, actul respectiv amorsând obsesii de contaminare cu SIDA. În plus, apăreau compulsiuni agresive de omucidere, de otrăvire a familiei față de care era puternic dependent și în spatele căreia se ascundea. Blocajul a fost datorat mai multor factori, nu numai timidității aparente.

În asemenea situații, o replică potrivită din partea sfătuitorului ar fi: "Orice spuneți este bine". Apoi se va aștepta cu răbdare și în tăcere ca subiectul să înceapă depănarea problemelor sale.

Dacă tăcerea se prelungește excesiv, atunci este nevoie să se accepte că apărările clientului sunt prea rigide și nu vor putea fi depășite de la început fără ajutor. Într-o asemenea situație este bine să se intervină cu formulări de ajutor: "Este greu să-ți dezvălui problemele... viața e grea..." (aserțiune însoțită de un oftat).

7.3.2. Structurarea discuției. Un interviu psihoterapic trebuie să înceapă cu o serie de lămuriri asupra poziției participanților. Ele vor fi repetate pe parcurs, ori de câte ori va fi nevoie. Clienții trebuie să fie ajutați să intre în poziția activă, de persoane care doresc să se implice, să participe direct la procesul de vindecare sau de schimbare. Ei trebuie să lupte, să învețe să se ajute singuri. Pentru a realiza un asemenea obiectiv, ideal este să ne plasăm în poziția de colaboratori, de persoane de ajutor, și nu de experți care rezolvă și "prescriu" soluții existențiale, ca și cum ar oferi tratamente. Chiar dacă se solicită un ajutor de tip medical, "de îngrijire", activarea clientului se realizează numai prin reducerea rolului sfătuitorului, care îl va ajuta să lucreze la soluțiile proprii și nu îi va oferi unele gata fabricate.

7.3.3. Cadrul de referință. Odată începută depănarea gândurilor și frământărilor subiectului, este nevoie de o anumită prezență din partea ascultătorului, exprimată verbal, prin reflecții și referiri la cele spuse de client. Formularea lor este o acțiune delicată.

Una din operațiile specifice sfătuirii este intrarea în cadrul de referință al clientului. Conceptul de cadru de referință se referă la poziția pe care se situează sfătuitorului față de client și care se reflectă în afirmațiile sale. În timpul ascultării apare o distincție firească între mine (sfătuitorul) și tine (sfătuitul). După R. Nelson -Jones [1990], se pot diferenția următoarele variante:

- punctul meu de vedere despre mine;
- punctul tău de vedere despre mine;
- punctul meu de vedere despre tine;
- punctul tău de vedere despre tine.

Clasificarea cadrului de referință cuprinde două categorii. Prima categorie se referă la cadrul intern, în care caz exprimările se fac dinăuntru. Se ajunge la a vedea lumea cu ochii subiectului, la a simți din interiorul existenței sale, spre deosebire de cadrul extern (a doua categorie), care include observațiile făcute de ascultător din afară.

A te exprima prin prisma cadrului de referință intern înseamnă înțelegerea clienților din punctul lor de vedere, ceea ce îi ajută, îi ușurează și le stimulează nevoia de a-și spune necazurile. El corespunde cu "punctul meu de vedere despre mine" și "punctul tău de vedere despre tine".

De exemplu:

"...tu simți că nu mai poți să suporți situația din familie...";
"...tu te simți neluat în seamă de prietena ta...";
"...tu te frămânți cum să depășești aceste obstacole...";
"...tu ai simțit că ți s-a furat viitorul psihologic... ai trăit disperarea de a fi fără viitor..." etc.

Asemenea formulări au răsunet și sunt apreciate de clienți, care trimit diferite semnale că se simt înțeleși; fie că răsuflă ușurați și declară: "Exact... așa cum ați spus!", fie că se emoționează mai mult și continuă, și chiar accelerează fluxul desvăluirilor, plâng, aprofundează descrierea situației cu noi trăiri și semnificații. Este modul prin care se poate merge pe "firul apei" în ascultare, păstrându-se continuitatea discuției cu informații alese de subiect în deplină libertate.

Cadrul de referință extern se concretizează prin "punctul meu de vedere despre tine" și prin "punctul tău de vedere despre mine". El ascunde riscul de a menține distanța între cei 2 interlocutori iar sfătuitul poate avea senzația că este obiectul examinării.

Formulările strict exterioare sună precum urmează:
"Sunt aici ca să vă ajut..";
"Părinții tăi sunt nemulțumiți de tine...";
"Te-ai purtat nesatisfăcător pentru câte s-au făcut pentru tine...";
"Ar trebui să fii atent cu soția ta".

Emiterea răspunsurilor empatice necesită o anumită strategie, care devine treptat o a doua natură, sfătuitorul căpătând un adevărat simț al intervenției verbale, care ajută la determinarea momentului în care se va interveni, la ce conținuturi, dimensiunea răspunsurilor, frecvența lor, alegerea cadrului de referință intern/extern, cât de mult se poate prezenta subiectului, dacă acesta rezistă sau nu unor afirmații etc.

Regula de aur ar fi să se răspundă suficient de frecvent, astfel încât atât clientul cât și specialistul să înțeleagă cadrul intern de referință. În cazul în care, totuși, apar momente de neînțelegere, este firesc să se solicite o oarecare clarificare: "Dvs. ați prezentat bine ceea ce simțiți dar eu nu am înțeles limpede"; "Vă rog să mai completați". Nu se spune niciodată "Dvs. nu vă exprimați suficient de clar!".

Într-o bună ascultare se naște o înțelegere reciprocă, confirmată de răspunsurile empatice, dar posibil și de tăcerile empatice, când numai prin mimică, fără prea multă angajare verbală din partea sfătuitorului, se izbutește crearea unui confort emoțional ce favorizează destăinuirile clientului. În practică, foarte curând după începerea discuției, mulți dintre cei sfătuiți au nevoie de răspunsuri empatice verbale, de sprijin, mai ales cei timizi, nesiguri, cei cu trăiri de vinovăție.

Dimensiunea răspunsului empatic ar trebui să fie cât mai scurtă cu putință. Important este ca acesta să fie clar. Dacă răspunsul concordă cu o realitate

interioară a clientului, care îi apare acum într-o nouă ipostază, acesta poate să simtă acea trăire de iluminare de tip: "Ah, ah, nu mi-am dat seama niciodată până în prezent, până nu ați spus Dvs!". Trăirea respectivă reprezintă un moment cheie în declanșarea unor schimbări psihice. Germanii [D. Langen 1973] vorbesc despre "Aha-Erlebnis", trăirea de mirare și luare la cunoștință a unui fapt important, exprimată prin interjecția "Ah!".

Dacă, din contră, răspunsul empatic nu se potrivește cu starea subiectului, acesta nu și-l însușește, lipsește trăirea de mai sus, mai mult sau puțin exprimată. Poate să apară o confirmare formală, în silă, din partea clientului, de tipul: "Dacă spuneți Dvs probabil așa este... În fapt...".

Volumul celor spuse de terapeut/sfătuitor trebuie să nu depășească 50 % din discursul clientului. Tiradele sfătuitorului nu fac parte din psihoterapie. El trebuie să se apropie de esență, nu să paraziteze. Intervențiile dese, vorbitul rapid, fără a asculta ceea ce spun clienții, sugerează nesiguranță de sine, o anumită panică a ascultătorului începător care dorește eficacitate imediată.

Cel mai valoros este stilul relaxat, cu întreruperi rare. R. Nelson-Jones [1990] sugerează 3 elemente de tactică asupra conținuturilor abordate:

1) Încearcă să-i comunici clientului că este înțeles în esența celei mai importante teme.

2) Dacă pacientul a exprimat o emoție, un sentiment de o anumită semnificație, acesta este de reluat și de introdus în răspunsul sfătuitorului, mai ales la început. Plasat la început, își pierde din conținutul emoțional. Gradul de exprimare trebuie corelat cu vulnerabilitatea clientului, care poate să nu suporte dezvăluirea respectivă. Subiecții sensibili, cu o slăbiciune a Eului (timizii, paranoizii, depresivii), pot resimți răspunsurile empatice drept încercări de devalorizare, ceea ce poate contribui la prăbușirea apărărilor.

3) Păstrează focalizarea răspunsului asupra clientului și a trăirilor sale. Chiar dacă se discută relațiile cu familia, se va solicita relatarea sentimentelor și trăirilor clientului, declanșate de relațiile respective, și nu analiza familiei. Se va discuta asupra trăirilor sale ca individ și nu atât faptele.

Important este să se reușească o succesiune de răspunsuri empatice. În cazul centrării pe client, se folosește un stil mai aproape de conversație, în care se fac reflecții constatative care ajută clienții să se apropie de esențialul vieții și problemelor lor. Ea trebuie să conducă spre asumarea responsabilității asupra existenței proprii, ceea ce nu este ușor în cazul multor persoane, a adolescenților înclinați să găsească nenumărate explicații și să învinuiască părinții, școala și, posibil, întreaga omenire pentru nereușitele lor.

7.3.4. Însușirea responsabilității. Pentru a-și asuma responsabilitatea asupra propriului comportament, a trăirilor și gândurilor, este important ca, în

relatările sale, clientul se personalizeze, să folosească cuvântul Eu. Această personalizare vine în oarecare contradicție cu limba de lemn [A. Thomm 1993], utilizată timp de decenii în aria noastră culturală, la care accentul cădea asupra formelor impersonale ca: "noi", "se spune", "nu se face", "ei" și alte forme. Mai ales în România, depersonalizarea a atins forme extreme, mergând până la dispariția numelor de personalități în denumirea străzilor, la afirmarea colectivului în dauna individului și la pierderea obiceiului de a afirma, a-și însuși și a susține ferm un punct propriu de vedere.

I. A însuși o emoție înseamnă a spune direct: "Eu simt că nu mai pot suporta purtarea lui". Forma impersonală ar suna astfel: "Purtarea lui este de nesuportat".

II. A însuși o opinie înseamnă a afirma deschis punctul de vedere: "Eu gândesc că situația nu este clară". Varianta lipsită de răspundere poate fi: "Lumea gândește că situația nu este deloc clară".

III. A însuși o acțiune înseamnă a arăta partea ta de răspundere: "Atunci eu am apăsat pe accelerator în loc de frână și am izbit mașina". A evita o asemenea afirmație tranșantă poate suna astfel: "S-a apăsat pe accelerator în loc de frână și mașina s-a izbit".

Clientul trebuie încurajat să treacă la un limbaj personalizat prin răspunsuri empatice care încep cu: "Dvs. simțiți că...". Cuvântul "simțiți" cuprinde o anumită relativizare a celor afirmate de client, ceea ce practic poate contribui substanțial la desprinderea persoanei de trăirile sale, dar mai ales de convingerile legate de ele.

Caz clinic

O tânără de 27 de ani s-a prezentat cu o suferință vagă, senzații dureroase în zona toracică, exacerbate din timp în timp, fără motiv, fapt care o înspăimânta îngrozitor. Îi telefona frecvent mătușii sale, medic internist cu experiență, care era, ea însăși, înspăimântată de suferințele nepoatei și de posibilele afecțiuni subiacente. Au fost repetate frecvent analizele generale și pulmonare, care s-au dovedit a fi normale. S-a conturat o fobie de cancer pulmonar, care se agrava la fiecare episod de senzații dureroase. Numărul telefoanelor de ajutor a ajuns la 8-10 pe zi. Existența celor două familii a fost serios perturbată, tânăra nemaifiind în stare să se ocupe de copii, de soț sau de gospodărie, iar mătușa se frământa toată ziua fără a găsi soluții. Tratamentele repetate cu antidepresive nu au adus nici o ameliorare, discutându-se chiar ipoteza unei psihoze schizofrenice.

Senzațiile corporale și paresteziile au fost apreciate drept un semn indubitabil al afecțiunii de către pacientă și mătușa ei. Ele reprezentau un semnal de alarmă extrem de îngrijorător, care declanșa telefonul de ajutor. A telefona la mătușă ajunsese și o mare umilință. Un prim pas în strategia de abordare a acestei stări hipocondrice a fost să se relativizeze semnificația senzațiilor dureroase prin formulele:

"Dvs. simțiți că aceste senzații sunt foarte periculoase",

"Dvs. simțiți că ele stimulează convingerea că sunteți bolnavă de cancer pulmonar. Dacă ele nu ar fi sau ați putea rezista singură presiunii senzațiilor neplăcute, nu ar mai fi nevoie să telefonați și să vă întăriți convingerile cu mătușa fricoasă".

Atenția terapeutului s-a concentrat asupra dezvoltării capacității de autostăpânire și de control al comportamentului de solicitare de ajutor, ca și achiziționarea tehnicilor de distragere a atenției. Percepțiile au fost minimalizate ca niște paraziți (niște senzații), care sunt percepute mai intens datorită "grijii" și cu care se poate lupta ocupându-se de lucruri mai plăcute. S-a arătat că în nici un caz nu se putea vindeca prin căutarea diferitelor semne ale cancerului pulmonar. Surpriza cea mai mare a fost că, după câteva zile în care a reușit să-și reducă atenția asupra senzațiilor, acestea și-au redus intensitatea și frecvența, telefoanele sale de ajutor s-au sistat iar mătușa a intrat în alertă și a început să telefoneze ea însăși și să întrebe despre boală, ceea ce sugerează că rolul de sfătuitor îi convenise de minune.

O altă ipostază este cea a relativizării unor convingeri, aparent ferme; ale clientului, prin aplicarea formulei respective, ca în exemplul următor:

Clientul: "Eu nu pot să fac nimic!"

Terapeutul: "Dvs. simțiți că nu puteți să faceți nimic".

Prin aserțiunea "Dvs. simțiți..." plasată înaintea afirmațiilor clientului, atenția acestuia este transferată asupra trăirii paralizante de neputință care îi împiedică activitatea, ceea ce este cu totul altceva. Se creează o deschidere către analizarea senzațiilor de neputință și de neajutorare, care nu mai sunt așa de amenințătoare, pentru că fiecare știe că senzațiile sunt totuși aspecte subiective, mai curând niște păreri.

Pentru a stimula folosirea lui "Eu" ar fi bine ca și terapeutul să folosească foarte des acest stil direct și deschis, ceea ce poate impune o anumită reeducare, întrucât, în perioada comunistă, în România a fost stimulată vorbirea evitantă, chiar foarte indirectă, de tip diplomatic, care nu angajează prin nimic. Formulele de personalizare cu Eu înainte la însușirea problemelor se introduc cu prudență, mai ales la persoanele nesigure de sine, timide, care nu au reușit să-și asume răspunderile vieții lor și care pot să se simtă violentate.

Asumarea răspunderilor sau însușirea problemelor de către clienți are două niveluri [R.Nelson -Jones 1991].

La primul nivel, clienții iau cunoștință de faptul că au una sau mai multe probleme nerezolvate. Unii dintre ei vin cu ele sau cu impasurile existențiale deja precizate: studentul care nu reușește la facultate în repetate rânduri, soția înșelată, tânărul care nu reușește să se apropie de fete. Pentru alți clienți problemele pot fi

ascunse în spatele unor simptome, cum ar fi: stări de extenuare, cefalee, depresiune, sau în neliniştile aparent legate de comportamentul altora. Mama unui copil declarat hiperkinetic, care era sufocat de grija excesivă a acesteia şi reacţiona ca atare, vine pentru a-l îngriji. În fapt, problema era comportamentul exagerat al mamei iar intervenţia s-a concentrat asupra trăirilor, reacţiilor şi asupra originilor înfricoşării sale, a supraprotecţiei ascunse, generate de peripeţiile naşterii fiului său.

Aducerea la cunoştinţă a adevăratelor probleme este unul din punctele delicate ale intervenţiei psihoterapice. O aducere la cunoştinţă prea pripită a unei situaţii care dezvăluie o ipostază, aflată la mare distanţă de convingerile anterioare ale subiectului, poate să ducă la respingere, precum s-a întâmplat în exemplul următor:

Caz clinic

O tânără de 23 ani, studentă în anul IV al unei facultăţi de matematică, premiantă, vine cu mama ei în timpul vacanţei de vară, pentru o durere de cap severă, care a survenit de câteva luni şi pentru care a făcut foarte multe şi repetate analize, fără nici un rezultat. A continuat să studieze intensiv matematica, a început şi limba engleză, ar dori să se relaxeze prin începerea unui curs de ghizi în turism în luna august. Este acompaniată de mama sa, care este mândră de ea şi îi susţine eforturile şi performanţele "de campioană". Nu acceptă ideea terapeutului că cefaleea ar putea să aibă vreo legătură cu munca. Insistă să i se confirme rezultatele analizelor şi să se discute despre "boală". Consultaţia se încheie oarecum abrupt, cu mici recomandări despre tratamentul medicamentos al durerilor de cap. Pacienta nu s-a mai prezentat la control.

În acest caz, referirile cu privire la originea tulburărilor au fost prea timpurii. Ele veneau în totală contradicţie cu rolul social rezervat de familie şi de ea însăşi. Probabil că discuţia despre cauze trebuia să fie introdusă mult mai târziu şi în paralel cu menţinerea rolului de "bolnav".

La al doilea nivel, clienţii trebuie să afle că la problemele aflate în discuţie contribuie unele dintre comportamentele lor, fapt pe care trebuie să îl ia în considerare. Din exemplul anterior s-a văzut cât de atent trebuie ales momentul în care se fac referiri la comportamentul propriu ce favorizează problematica şi care ar trebui modificat.

Comportamentul ţintă poate să reiasă din cadrul general al discuţiei. Astfel, aluzia terapeutului poate fi ceva mai fină: "Cum vă petreceţi timpul liber?". Subiectul poate să răspundă:"În niciun fel, eu nu am timp liber... Eu am atâtea de făcut...". În această situaţie a-a transmis un avertisment mascat, referitor la faptul că lipsa timpului liber ar putea să contribuie la problematica expusă.

Un pas înainte ar fi sugestia mai directă a sfătuitorului că timpul liber poate fi organizat, iar obligaţiile clientului pot fi ierarhizate pe priorităţi, fiecare persoană fiind liberă să-l aranjeze după preferinţe. Subiectul este adus astfel către problema sa: incapacitatea de a-şi organiza activitatea.

Afirmarea responsabilităţii clientului poate fi clară. În altă situaţie, doamna, nemulţumită de viaţa ei, vizitează zilnic mormântul mamei sale: "se simte obligată". I se răspunde: "Aceasta a fost dorinţa şi opţiunea Dvs.". Astfel a devenit evident că orice decizie de schimbare a conduitei de tip ritual se află în mâinile sale, este în responsabilitatea sa. S-a creat astfel un spaţiu psihologic de regândire a problemei.

7.3.5. Disciplinarea ascultării. Urmărirea unei relatări punctate de emoţii pe timp mai îndelungat impune o anumită continuitate în conduită, menţinerea trează a atenţiei asupra aceluiaşi subiect, memorizarea şi ordonarea materialului, controlul emoţiilor inerente şi altele.

Disciplinarea ascultării presupune capacitatea de a reţine ceea ce s-a spus, de a remarca elementele esenţiale şi de a menţine discuţia pe un flux cursiv şi corect, după modelul empatic. Memorizarea este o activitate dificilă, iar pentru a spori fidelitatea înregistrării mulţi specialişti se ajută prin luarea de note cât mai amănunţite şi prin mijloacele audio sau chiar video moderne, mai ales în scopuri didactice.

Adesea, pacienţii se exprimă confuz, eliptic, cu întreruperi mai scurte sau mai lungi, tăceri care creează o aparentă dezordine. Notarea tuturor acestor aspecte, inclusiv a momentelor de pauză este valoroasă. Ele vor putea fi analizate mai atent în viitor, pentru a li se găsi semnificaţiile (a se vedea în acest sens testul asociativ verbal al lui Jung). Ascultarea poate să devină selectivă din cauza sfătuitorului, care înregistrează numai ceea ce i se pare semnificativ. Se pierd informaţii valoroase, dar inacceptabile datorită ideilor preconcepute ale unor ascultători insuficient formaţi, care nu au conştientizat încă zonele de idiosincrazie personală (vezi capitolul II).

În complexul de mesaje, la loc de frunte stau cele vocale. Este important să se reţină atât ceea ce spune clientul cât şi cum spune. Un "da" spus cu voce răstită are cu totul altă semnificaţie decât un "da" pronunţat calm, senin. Tocmai componentele vocale ale unui mesaj dau sensul real al celor spuse, permiţând sesizarea unor ezitări, neconcordanţe sau întăriri. Este valabilă celebra formulă "vorbele sunt date ca să ascundă gândurile".

În procesul terapeutic sunt implicate aproape întotdeauna mecanisme inconştiente de cenzură care nu pot elimina, din fericire, componentele vocale şi corporale ale emoţiilor neexprimate sau reprimate. Variabilele vocale se referă la volumul vocii (dur sau dulce), accentul (monoton, plângăreţ, şters, emfatic), ritmul

vorbirii (precipitat, lent, sincopat), intensitatea sa (şoptită sau tare). Interesează asupra cărui element este pus accentul? Este important să se înregistreze variaţiile, schimbările perceptibile ale vocii raportate la momentul în care survin şi tema în discuţie. Înregistrarea lor devine primordială în ascultarea telefonică în care flexibilitatea solicitată ascultătorului este maximă. El trebuie să urmeze emoţiile trăite de client sau să găsească replici adecvate, menite să reducă tensiunea acestuia, dată fiind fragilitatea extremă a contactului.

Mesajele vocale sunt purtătoarele cele mai oneste ale conţinutului emoţional. Vocea cuiva care este nefericit, care urăşte sau iubeşte, care este apatic sau neliniştit, reprezintă avocatul fidel al acestor trăiri. Prin integrarea mesajelor verbale şi vocale se pot defini emoţiile trăite de un subiect astfel [M. Senten 1998]:

- **Anxietatea.** Aceasta este recunoscută printr-o voce neliniştită, rapidă şi casantă. Această voce este de regulă înaltă, detaşată, vorbitorul dă impresia de panică, de incoerenţă, de constrângeri. Sunt povestite acumulări, amalgamări de evenimente, fapte. Ponderea încărcării emoţionale este mai mare decât puterea clientului de a le comunica, astfel încât lasă impresia că este depăşit. Pentru ascultător reprezintă un mare efort să ordoneze materialul, să găsească nucleul neliniştitor, să calmeze clientul prin răspunsuri măsurate.

- **Mâhnirea, amărăciunea** se recunoaşte prin aceea că vocea clientului este tristă, stearsă, tremurătoare, scăzută, joasă. El vorbeşte lent, îşi alege cuvintele, există de asemenea multe pauze. Este posibil ca subiectul să fie depresiv, să îi fie rău, să fie în doliu. Emoţia este cu mare risc de contagiune şi de aceea ascultătorul nu va adopta un ton tern ci va menţine treaz interesul prin întrebări de clarificare.

- **Mânia** se transmite printr-o voce dură, înaltă, forţată, subiectul vorbeşte iute şi se opreşte de câteva ori. Un client furios dă sentimentul că i s-a făcut o nedreptate. Există riscul pentru ascultător de a reacţiona inconştient la tonul iritat al clientului.

În mod obişnuit, mesajele verbale şi vocale sunt integrate cu cele corporale în timpul procesului de ascultare. Examinarea mesajelor corporale este una din datoriile principale ale ascultătorului. Printre ţintele posibile se enumeră mimica şi pantomimica, reacţiile vegetative ce pot însoţi trările clientului, respiraţia, transpiraţia, agitaţia, plânsul, dar şi aspecte corporale cum ar fi coloraţia pielii obrazului.

Caz clinic

La consultaţie se prezintă un tânăr de 35 de ani, bine îmbrăcat, relativ îngrijit, dar nebărbierit, care intră cu uşurinţă în subiect, vorbind despre nenorocirile vieţii sale, care păreau să rezulte exclusiv din ingratitudinea soţiei sale. Părea un depresiv tipic. De altfel şi biletul de internare avea înscris acelaşi diagnostic. Apropierea de el a permis să se perceapă o halenă de alcool trezit. Era vorba şi de un alcoolism cronic cu depresie secundară, fapt confirmat apoi de mama sa, şi care a impus reorientarea terapeutică.

Mai interesează modul în care se prezintă clientul, ţinuta sa, vestimentaţia, coafura, impresia generală de sănătate sau de suferinţă fizică, starea eventuală de oboseală sau prospeţimea, vitalitatea, energia sau, din contră, epuizarea. Aceste informaţii vor permite aprecierea realistă a persoanei subiectului şi realizarea unor comparaţii între afirmaţiile despre sine şi resursele sale

7.3.5.1. Sesizarea cuvintelor "cheie". În orice activitate psihoterapică de tip dezvăluire, aşa cum este şi în cazul ascultării empatice, apar anumite expresii sau afirmaţi ce pot fi denumite "cuvinte cheie". Ele pot conduce către straturile mai profunde ale trăirilor clientului, permiţând trecerea de la suprafaţa faptelor către semnificaţii. Identificarea şi selectarea lor este o operaţiune complicată. Printre criteriile de selecţie se enumeră nepotrivirea cu contextul general. Nepotrivirea se referă la firescul situaţiei, la modul în care ar fi acţionat, simţit, gândit, cineva obişnuit aflat într-o condiţie asemănătoare. Şi de aici raţionamentul: ce l-a împiedicat pe client să gândească să simtă sau să se comporte ca şi alţii?

Caz clinic

La consultaţie s-a prezentat un domn masiv, de 30 de ani, care se plângea de o durere de cap zilnică, ce a apărut de 2 ani. S-au adăugat stări de irascibilitate, instabilitate, momente de nelinişte, uşor tremur al mâinilor, transpiraţii reci pe frunte, senzaţie de slăbiciune generală şi vlăguire. Nu găseşte nici un motiv pentru o asemenea stare. Abia sub presiunea întrebărilor recunoaşte că şi-a schimbat profesia. Era un inginer, cercetător de succes, harnic şi întreprinzător, iar în prezent lucrează ca manager şi contabil la o firmă proprie de contabilitate. Acum urmează şi facultatea de ştiinţe economice la seral, este în anul 3 şi concomitent a început o şcoală engleză de management cu durată de 5 ani. Toate aceste activităţi, ca şi cea de manager, sunt realizate zilnic cu succes, după afirmaţia sa, fără prea multe eforturi, "de plăcere". În schimb, în mod neaşteptat, se plânge că nu a putut niciodată să-şi planifice viaţa, că este omul schimbărilor bruşte, că ar dori să fie mai ponderat.

Fiind considerat ca nepotrivit cu extrema încărcare a clientului, se insistă de către terapeut asupra termenului de "plăcere" a studiului, care a fost considerat cuvânt cheie. Abia acum reiese că tânărul este dominat de o dorinţă continuă de a se confrunta cu lucruri noi, cu ceva care nu este în canoane, că simte că îl distruge monotonia, oricât de calificată ar fi meseria în care lucrează, că nu acceptă repetiţia, monotonia. Are un avânt în a studia. Ar dori să mai urmeze în timpul acesta şi dreptul. Este gata să-şi asume noi eforturi şi chiar sacrificii, să trăiască noi experienţe profesionale. După o zi de muncă şi studiu care începe la 6 dimineaţa şi se încheie după ora 1 noaptea, simte nevoia de altceva, de câteva pagini de filosofie, de teologie.

Terapeutul conclude că sfătuitul pare o persoană dedicată studiului, pe care îl concepe ca un sport în sine şi că duce o viaţă mai curând de călugăr, neglijând

probabil plăcerile vieții și datoriile familiale. Sfătuitul se recunoaște în acest portret și afirmă, în mod cu totul neașteptat, că de fapt este atras de teologie și dorește să se facă preot.

Plăcerea studiului, ca și schimbările bruște sunt două cuvinte esențiale-cheie. În spatele lor se ascunde o profundă dezorientare profesională și neîmplinire generatoare de nesfârșite căutări și neliniște, iar munca disperată, toxicomanică, denumită de americani *"workoholică"*, apare ca total haotică în lipsa unui țel.

În situația în care nu se profilează la orizont nici o afirmație pregnantă, clientul refugiindu-se în plângeri somatice cu o fațadă de bolnav, este util să ne fixăm asupra unui cuvânt sau expresii de aprofundat.

De exemplu, sfătuitul spune: "Mă culc în fiecare seară cu grija în suflet...". Este o afirmație care conține cel puțin două cuvinte interesante: grija și seara. Fiecare dintre ele poate fi luat în atenție prin metoda reflectării. Sfătuitorul va relua cuvântul cu un ton neutru sau întrebător: "Grijă?", fapt de natură a crea presiuni asupra subiectului pentru noi amănunte. De obicei, în spatele acestor afirmații vagi se află o problemă adaptativă ignorată voit sau nu și care este adusă acum sub lupă. Un alt exemplu: "...și m-am simțit stresat...". Este un cuvânt general și de acoperire iar înțelegerea sensului său impune reflecții și, eventual, precizări. Cea mai non-directivă și elegantă reflectare este repetarea cuvântului: "stresat", ceea ce va aduce detalii concrete despre ce a vrut să denumească astfel subiectul.

O altă strategie, oarecum opusă utilizării cuvintelor cheie, este de a lăsa discursul "să curgă", mai ales dacă se menține pe o anumită linie și de a aștepta până se conturează o concluzie mai generală asupra strategiei adaptative (coping) a clientului, asupra modelului de eșecuri trăite sau altor aspecte. O generalizare maximă, formulată apoi de către sfătuitor, va permite subiectului să vadă nu numai "copacii", adică detaliile ci și "pădurea" adică esențialul, ansamblul vieții sale.

Aceasta presupune [N. Stanton 1995] urmărirea ideilor principale și învățarea "deosebirii faptelor de principii, a ideii de exemplu, a dovezii de argument" [pag 21]. Același autor pledează pentru dezvoltarea capacității de analiză a celui care ascultă, pentru a sesiza modul de organizare a mesajului clientului, limbajul folosit, repetițiile și identificarea temelor principale, care pot apărea oricând pe parcursul mesajului. Pentru sfătuire sunt de precizat și nevoile imediate ale clientului, rezultate din răspunsul la întrebarea: "De ce se prezintă el tocmai acum?".

7.3.5.2. Menținerea direcției corecte. O condiție fundamentală a unei ascultări de succes este menținerea direcției corecte. Pentru a realiza acest deziderat, reținerea terapeutului este o regulă de aur. Chiar dacă pe parcurs apar omisiuni, scăpări, întreruperi, cursul ascultării va fi urmat așa cum este el

imprimat de client. Chiar dacă nu știm cât am dori, eventualele intervenții din timpul ascultării empatice vor trebui să favorizeze continuitatea expunerii făcute de client. Spre deosebire de investigații, cum este interviul psihiatric, al cărui scop principal este adunarea de informații, ascultarea empatică lasă ca acest corp de date să se constituie treptat, obținerea lor nefiind un obiectiv în sine.

Obiectivul fundamental al ascultării empatice este eliberarea clientului de trăirile sale apăsătoare, desprinderea sa de gândurile întunecate, pe măsură ce ele apar la lumină în conștiința sa.

Ambiția de "a ști" a sfătuitorului este o dorință de tip investigator și plasează clientul într-o poziție slabă, de acuzat care dă explicații, ceea ce poate duce la replieri defensive. Un sfătuitor experimentat utilizează, în majoritatea timpului, formulări de tip reflectiv, constatativ, rezultate din afirmațiile clientului. Ele sunt stimulatoare ale procesului de gândire, în timp ce întrebările de tot felul pot crea rupturi, impunând concentrarea asupra altor teme, ceea ce blochează fluxul liber al trăirilor clientului.

Termenul de disciplină a ascultării presupune controlul impulsului de a prelua conducerea discuției psihoterapice și de a o conduce după bunul plac și raționamentele proprii. Să nu fim indiscreți și să evităm, deci, întrebări puse doar pentru plăcerea de a ști.

Utilizarea întrebărilor se poate face cu parcimonie, singurele recomandate fiind cele deschise *(open-ended)* cu răspuns la alegere, al căror conținut nu se poate anticipa. Ele ajută subiectul să se exprime în deplină libertate. Întrebările deschise implică un mesaj de încurajare a comunicării și conțin solicitarea de clarificări sau informații asupra temei în discuție.

Tipice pentru o întrebare deschisă sunt următoarele formulări:
- "Cum vă simțiți astăzi?"
- "Cum vedeți Dvs. rezolvarea situației?"
- "Ce credeți că se va întâmpla?"

Clarificarea se realizează prin întrebări ca, de exemplu: "Puteți să povestiți mai multe despre..."; "Ce s- a mai întâmplat?"; "Familia Dvs....".

După cum se poate observa din ultimul exemplu, o întrebare clarificatoare poate fi eliptică.

Întrebările pot să stimuleze clientul, să îl ajute să preia responsabilitatea rezolvării propriilor probleme. Ele se află aproape de cadrul de referință, derivă din ceea ce a spus clientul până la momentul respectiv și favorizează definirea unor aspecte ale existenței și descrierea mai acurată a reacțiilor personale.

Întrebările de elaborare deschise creează oportunitatea de a povesti mai mult despre ceea ce începuse deja. Exemplu de întrebare de elaborare deschisă: "Ați putea povesti mai multe despre cariera Dvs?".

Întrebările de specificare aduc în atenție detalii, griji. Sunt utile, de exemplu, în cazul unor conflicte profesionale. Exemplu: "Ai putea să dai un exemplu despre modul în care te privesc colegii, de ciocniri sau momente de apropiere?". Se obține o înțelegere mai clară a unei eventuale contribuții personale la îndepărtarea de ceilalți.

Întrebările ce stimulează descrierea reacțiilor personale sunt extrem de importante, întrucât favorizează dezvăluirea trăirilor, semnificațiilor. Ca și celelalte, ele sunt deschise. Exemplu: "Ce părere ai avut despre...?"; "Cum te-ai simțit față de...?". Cam întotdeauna subiecții se întorc către ei și lasă la o parte pe ceilalți, adresându-se gândurilor și atitudinilor proprii.

Modul de punere a întrebărilor este o adevărată artă, care se manifestă în alegerea momentului propice, definirea tonului, a intensității vocii, exprimarea interesului pozitiv și a suportului. O întrebare bine plasată se intercalează eventual într-o pauză, într-un respiro al discursului clientului. Arareori o întrebare vine să rupă un șir de idei deja în desfășurare iar aceasta se face numai când apare ceva extrem de important, o idee ce trebuie dezvoltată și care poate răsturna aparențele, imaginea acumulată de până atunci. Ea poate să însemne introducerea tehnicii de confruntare.

7.3.5.3. Aprecierea adecvării răspunsurilor. Evaluarea adecvării răspunsurilor empatice este necesară din când în când, ea putând contribui la menținerea direcției corecte. Un răspuns bun este exprimat într-un limbaj accesibil, este clar și se însoțește de o bună acompaniere corporală și vocală, constituind o premiză pozitivă importantă. Calitatea sa se poate verifica atât prin observarea rezonării empatice din partea clientului, cât și prin eventuale întrebări de control ale sfătuitorului.

Un alt indicator este continuitatea ce apare între afirmațiile succesive ale clientului, care merg spre aprofundarea problemei pe fluxul inițial de idei, chiar după emiterea răspunsurilor sfătuitorului. Se constituie un lanț cu 3 verigi. Prima dintre ele este dată de afirmațiile clientului, care sunt urmate de răspunsul empatic al ascultătorului/sfătuitorului (a doua verigă) și, în fine, de noi afirmații ale clientului. Un răspuns bun creează oportunitatea ca viitoarele afirmații să fie în continuarea celor inițiale. Cel inadecvat deviază cursul sau produce rupturi haotice.

Menținerea direcției corecte înseamnă și a menține focusul asupra clientului însuși: a vorbi despre sine în mod direct, la prima persoană singular **(Eu)**, a-și însuși trăirile, gândurile, acțiunile, problemele [R. Nelson-Jones 1991].

De multe ori clientul preferă discuțiile despre alte persoane, se fac incursiuni importante asupra ceea ce gândesc alții sau cum acționează. Efortul psihoterapeutului este de a rămâne în limitele discutării trăirilor, sentimentelor proprii ale subiectului. Obiectivul psihoterapiei este să-i schimbe clientului însuși modul în care gândește, acționează, simte față de cei din jur și față de sine însuși.

Iată două variante de discuție psihoterapică:

A. Clientul: "Eu și cu mama am avut toată seara o discuție îngrozitoare. A vrut să mă dea afară din casă, m-a făcut leneș, incapabil, dezinteresat. A auzit și nevastă-mea, și copiii și vecinii. Nu știu ce se va întâmpla cu noi...".

Terapeutul: "De când a devenit mama ta o problemă?".

În această variantă atenția se dispersează asupra mamei sale și va fi îndreptată apoi asupra altor subiecte secundare, cum ar fi, de exemplu, de când locuiesc împreună. Treptat, discuția se tranformă în relatări despre alții.

B. Clientul: "Eu și cu mama am avut toată seara o discuție îmgrozitoare. A vrut să mă dea afară din casă, m-a făcut leneș, incapabil, dezinteresat. Au auzit și nevastă-mea, și copiii și vecinii. Nu știu ce se va întâmpla cu noi.".

Terapeutul: "Dvs. simțiți că vă umilește agresivitatea mamei care pare fără limite...".

În cea de a doua variantă, atenția se concentrează asupra trăirilor neplăcute ale clientului, declanșate de relația cu mama sa, iar ascultarea psihoterapică va merge în același spațiu precis al autoanalizei, al examinării reacțiilor proprii și a eventualelor soluții. Desigur, nu este de neglijat nici obținerea unor amănunte privind relațiile și atitudinile celor cu care se află în divergență dacă este vorba de un conflict. Acestea apar, de obicei, spontan, în timpul ședințelor sau vor fi solicitate și, posibil, interpretate în lumina analizei tranzacționale.

7.3.5.4. Identificarea și reducerea surselor de interferență. În practică, procesul de ascultare poate fi subminat de perturbări provenite din ambele direcții, atât din partea sfătuitului, cât și din cea a sfătuitorului.

Clienții pot avea dificultăți de comunicare reprezentate de timiditate, suspiciozitate, reguli interne de autocenzură, emoții excesive de neliniște, depresie, mânie, pulsiuni sexuale exacerbate, nevoi de putere care provoacă o luptă subterană sau fățișă de dominare a interviului, dificultăți de concentrare a atenției, memorie slabă, gândire deslânată, haotică, expuneri neclare (atât pentru interlocutor cât și pentru ei înșiși), formulări greu de înțeles sau vorbărie banală, pe deasupra. Ele nu au pregnanța unor reacții de transfer, rămânând sfătuitorului priceperea de a găsi soluții pentru depășirea lor, de a sesiza eventualele bariere/ mecanisme de apărare din spatele lor. Psihoterapeuții pot avea probleme de ascultare legate de un nivel ridicat de anxietate proprie, idiosincrazii față de teme pe care le-au trăit ei înșiși drept tabuuri, de autoacceptare, de lipsa obișnuinței de a apleca urechea la spusele altuia, întrucât ei înșiși nu au fost ascultați cu atenție de alții cândva, în perioada copilăriei. Pentru a oferi ajutor altora, ei ar putea avea încă nevoi de protecție și relaționare privilegiată, pentru a se maturiza și a putea trece în rolul de adult, adecvat.

Alte perturbări ale terapeuților pot fi legate de dificultăți de concentrare a atenției, oboseală, suprasaturare cu informații care generează nerăbdare, plictiseală, existența unor probleme personale serioase, activități importante neterminate, memorizare nesatisfăcătoare și distorsionată, prin lipsa exercițiului în a reține exact, de a identifica și denumi corect afectele și trăirile clientului.

Pot crea probleme emoțiile trezite de contactul cu clienții prin atracția sexuală, sensibilitatea excesivă, timiditatea legată de lipsa de experiență, apariția unor afecte puternice ca: mânia, plânsul, anxietatea, agitația, amenințările din partea clientului sau discutarea unor subiecte în care terapeuții înșiși au neclarități sau dificultăți. Sentimentele exprimate prea direct și brutal față de psihoterapeut creează tensiuni imediate, greu de depășit.

Dificultățile în trierea și organizarea informațiilor și conceptualizare sunt mai specifice persoanelor în curs de formare, cărora le este greu să identifice ceea ce este esențial și, mai ales, celor care doresc să fie eficace, trăiesc presiunea timpului, așteptând să obțină rezultate imediat palpabile. Găsirea unui limbaj accesibil, cât mai puțin poluat de jargonul profesional, este un obstacol de luat în seamă de orice specialist.

7.3.5.5. Mesaje de continuare. În timpul ascultării, subiecții au nevoie de mesaje de continuare din partea ascultătorului, ca expresie a înțelegerii de care se bucură. Acestea constituie o cale de a-i răsplăti pentru efortul de a vorbi. Totodată ele au următoarele semnificații: "Sunt alături de tine", "Te ascult", "Continuă, te rog". Cele mai multe mesaje de continuare sunt non-verbale, corporale, fiind exprimate prin limbajul trupului: expresii faciale de atenție, oglindirea mimică a celor spuse, datul din cap, zâmbetul favorabil de acceptare, contactul vizual bun, ușoară aplecare a corpului către înainte.

Ca expresie vocală se constituie: "uh... hmm...", care, de obicei, creează și o anumită presiune asupra clientului în sensul de "aștept", "vorbește". Altele pot fi: "Vă rog..."; "Continuați!"; "Bine..."; "Excelent!"; "Așa..."; "Este important"; "Da ...puteți continua..."; "Într-adevăr...". Prin metoda reflectării pot fi utilizate și cuvinte din expunerea clientului, posibil cu semnificație deosebită, repetarea lor reprezentând un îndemn la explicații.

Folosirea mesajelor de continuare are un ritm variabil. Exprimate prea rar, mesajele de continuare pot da impresia de dezinteres din partea sfătuitorului, iar exprimate prea des creează tensiune. Clientul se simte presat să vorbească repede, să se exprime mai clar, se simte "fugărit" de nerăbdarea sfătuitorului, fapt care duce, în mod paradoxal, la blocaj. Scopul mesajelor de continuare este de a ajuta clienții să "răspundă pentru ei înșiși" [R. Nelson-Jones 1990], să continue autoexplorarea. E. Gendlin [1981] spunea că, dacă asculți și arăți altora acest lucru, ei se simt stimulați să vorbească și vor vorbi mult mai mult despre ei înșiși decât în mod obișnuit.

Unele mesaje de continuare reprezintă reacții verbale față de client. Ele arată implicarea și presupun un grad de autodezvăluire din partea sfătuitorului.

Mesajele de continuare pot fi diferențiate astfel: cele față de afirmațiile clientului, cele față de persoana clientului și cele în legătură cu relația de ajutor. Ele vin să întărească încrederea clientului, exprimând participarea și eforturile profesionistului de a înțelege modul său de exteriorizare. Ele subliniază caracterul actual al relației terapeutice. Reacțiile față de dezvăluirile clientului cuprind aprecieri ca: "foarte bine!"; "excelent!"; "e groaznic!"; "e surprinzător!". mesajele de continuare față de clienți ca persoane: "Dvs. simțiți că nu mai aveți forță să rezistați, dar eu nu sunt atât de sigur..."; "Aveți mult mai multe posibilități decât pare..."; "Modul în care ați prezentat lucrurile este corect.".

Alte mesaje de continuare se referă la relația terapeutică. De exemplu: "Am lucrat bine până acum..."; "Critica pe care o aduceți medicilor arată un grad de nemulțumire și față de mine. Cred că este important să continuați!". Utilizarea acestui tip de mesaje ascunde și riscul de a le plasa inadecvat, prea des, stereotip, creând impresia de intervenție mecanică, lipsită de consistență.

7.3.5.6. Mesaje de descurajare. Chiar dacă sunt neintenționate, mesajele de descurajare apar în timpul comunicării ca niște paraziți emiși de ascultător și pot produce importante daune procesului de ascultare. Ele se nasc din conținuri care displac ascultătorului. Emiterea lor depinde de gradul de acceptare, de atmosfera de securizare și încrederea față de client. Cel mai adesea ele sunt întreruperi care agresează spațiul de mișcare psihologică a clientului. Ele pot exprima lipsa de respect, nemulțumirea și multe reacții psihologice negative ale sfătuitorului față de discursul celui sfătuit.

Ca și cele de continuare, mesajele de blocare pot fi neverbale, corporale sau verbale. Cele neverbale se exprimă printr-o față plictisită, privire amenințătoare, disprețuitoare, rece sau în afara zonei de lucru, poziții agresive ale corpului cu brațele încrucișate, întoarceri ale corpului și feței în alte direcții, unele gesturi de dezinteres ca: afișarea altor preocupări, a da telefoane, a răsfoi jurnalul, vorbitul cu alte persoane, plecarea de la locul de discuție.

Lucrări consacrate oferă indicații asupra pozițiilor corporale favorabile și nefavorabile dialogului [A. Peace 1993]. De exemplu, o poziție rigidă a corpului, cu mâna la bărbie, dă impresia de judecată din partea sfătuitorului. O privire persistentă pe fereastră sugerează o stare de profundă plictiseală, ceea ce blochează clientul. Este importantă concordanța dintre mesajul neverbal și cel verbal. Degeaba se afișează un interes verbal prin cuvinte de încurajare dacă mimica ascultătorului trădează un profund dezinteres sau chiar dispreț. Numai ultimul mesaj este receptat ca adevărat, ducând la descurajare, cel verbal fiind apreciat drept formal.

Discordanța dintre cele două categorii de mesaje anulează, de obicei, pe cele verbale. Mesajele verbale descurajatoare au la origine cadrul extern de referință și indică dificultatea de acceptare a clientului ca o personalitate distinctă, cu responsabilitate personală asupra vieții sale. Recepția lor duce la blocarea exprimării, apariția fațadei, intensificarea autocontrolului și posibila falsificare a informațiilor. Ele cuprind un șir întreg de atitudini menționate deja în capitolul II, la care se adaugă întrebări cu efect descurajant, cum sunt: întrebările închise, conducătoare, încărcate de judecată, interogative sau confruntarea. Această zonă a mesajelor verbale de descurajare este foarte sensibilă pentru psihoterapeutul amator, care trebuie să le conștientizeze și să le controleze, pentru a se feri de blocajele și eșecurile inerente.

7.3.5.7. Atitudini descurajatoare. Printre conduitele care scapă controlului ascultătorului se enumeră și atitudinile descurajatoare, perturbatoare. În momentul manifestării lor, terapeutul se simte în rol și îi este foarte greu, dacă nu chiar imposibil, să perceapă caracterul lor dăunător. Ele pot fi o caracteristică de stil. Mesajele de descurajare pot fi sesizate totuși prin urmărirea reacțiilor fine ale sfătuitului. Ele sunt:

- **A judeca și evalua cu voce tare** într-un mod din care reiese că pacientul trăiește după reguli nesatisfăcătoare. De exemplu: "D-ta îți pierzi vremea...".

- **A moraliza,** a atribui responsabilitatea eventualelor greșeli. De exemplu: "Cu apucăturile Dvs..."; "Ați greșit...".

- **Direcționarea conversației.** De exemplu: "Vorbiți-mi despre..."; "Vă rog să reluați discuția despre...".

- **Asumarea rolului de patron.** De exemplu: "Să știi că acesta este drumul corect în viață...".

- **A eticheta, a diagnostica.** De exemplu: "Dumneata suferi de o schizofrenie... ai complexe de inferioritate...".

- **A crea o bună dispoziție artificială** lipsind astfel clientul de dreptul de a veni în contact cu grijile sale. De exemplu: "Nu te mai frământa..."; "ai să te simți bine"; "nu e cazul să te gândești...".

- **A nu accepta gândurile, reacțiile sau trăirile clientului,** comunicându-i direct că ar fi trebuit să se comporte și să simtă cu totul altfel. De exemplu: "În seara aceea m-am retras fără să spun o vorbă..." La descrierea unei asemenea conduite, profesionistul răspunde: " Trebuia să te implici, să arăți că ești bărbat, să nu te lași...".

- **A dădăci clientul** după inspirație, neluând în seamă nevoile și dorințele sale.

- **Solicitarea de a se reveni** asupra unor aspecte importante. Această atitudine are însă o semnificație controversată, în unele situații putând fi interpretată drept direcționare.

7.3.5.8. Întrebări stânjenitoare. Aparent banale (deoarece sunt extrase din conversația obișnuită), întrebările cu răsunet stânjenitor, blocant sunt foarte la îndemână și pot fi evitate cu greu, cel puțin în fazele de început ale practicii de sfătuire. Iată câteva exemple:

- **Întrebarea închisă** *(closed-ended)* prin care se solicită un răspuns precis, alcătuit dintr-un singur cuvânt, de obicei da sau nu. Se poate ști dinainte cam care va fi răspunsul, sfătuitul neavând nici un spațiu de manevră sau libertate de alegere. Se creează astfel presiunea unui interogatoriu ce urmează întocmai scenariul impus de sfătuitor. Cel aflat în dificultate "nu mai are loc" de a povesti viața așa cum simte el sau cum crede el de cuviință, neavând nici un control asupra cursului sesiunii. De exemplu: "Ești căsătorit?"; "Ai urmat studii superioare?"; "Te înțelegi cu soția/soțul?".

- **Întrebarea conducătoare.** Aceasta conține o supoziție ce plasează clientul într-o poziție foarte dificilă și neplăcută. De exemplu: "Soția este îngrijorată de comportamentul Dvs?"; "Sunteți mulțumit de ce s-a întâmplat din cauza Dvs?" etc.

- **Întrebări ce includ judecăți de valoare** care pot pune probleme morale, trezind vinovăție și stânjeneală. De exemplu: "Agresivitatea Dvs obișnuită vă permite să mai stați în colectiv?"; "Vă masturbați?"; "Ce fantezii aveți în timpul actului?" etc.

- **Întrebări cu de ce?.** Acestea sună ca și cum sfătuiții ar cunoaște destul de bine răspunsurile la problemele pentru care au venit să fie ajutați. De exemplu: "De ce vă simțiți neliniștită?"; "De ce sunteți deprimat?" etc. Ele pot fi utilizate cu mare economie și numai dacă se intenționează clarificarea unor anumite aspecte.

7.3.5.9. Conduite complexe care inhibă. Unele conduite ale terapeutului acționează insidios, nefiind ușor de detectat nici chiar de către el însuși. Impactul lor este resimțit din plin de către client care se simte umilit, minimalizat, ignorat. Printre aceste conduite se enumeră: suprainterpretarea, vorbirea exagerată și inadecvată despre sine, afișarea unei false atenții, a fațadei profesionale, presiunea timpului.

- **Suprainterpretarea** este boala celor care abia au învățat acest mecanism de intervenție și care simt nevoia să-l exerseze. Cursul firesc al dezvăluirilor clientului este rupt foarte frecvent, prin imixtiuni alcătuite din sentințe ce deformează sensul adevărat al celor spuse în curs de constituire spontană. În loc să reprezintă surse de reflecție ele devin jenante, perturbatoare și lasă impresia că sfătuitorul vrea să construiască o versiune proprie asupra problematicii, fiind total nemulțumit de client. De altfel, ele sunt și foarte obositoare.

- **Afișarea unei fațade superior-profesionale** prin informarea clientului despre cât de pricepuți suntem, pe ce diplome și studii ne bazăm, ce rezultate bune am avut, astfel încât... cazul său este un fleac. Această conduită este generată de

profundele sentimente de neîncredere în sine ale sfătuitorului care, inconştient, doreşte să-şi întărească poziţia trăită ca şubredă.

- **Vorbirea inadecvată despre sine** presupune a începe să povestească despre propriile necazuri sau suferinţe, care devin astfel mult mai importante decât ale clientului, minimalizând în mod implicit problema sa. Există o oarecare ambiguitate în interdicţia de a vorbi despre sine. Ea nu este absolută.

În anumite situaţii în care a existat o rezolvare diferită, de succes, din partea sfătuitorului ca om aflat într-o situaţie asemănătoare, împărtăşirea pe scurt, în mod excepţional, a experienţei proprii ar putea fi o sursă de inspiraţie în adoptarea unei alternative. Dar cum nimeni nu este etalon, persoanele orgolioase pot să aprecieze gestul drept o jignire, o manifestare de infatuare.

- **A fi grăbit,** devenind astfel vizibilă presiunea timpului. De principiu, o consultaţie sau o oră de tratament durează cam 45-50 de minute, iar în cazul angajării unei terapii clientul trebuie să cunoască această durată şi să o respecte ca şi terapeutul. Împrejurările pot crea situaţii de urgenţă în care sfătuitorul însuşi este presat să încheie mai repede întrevederea. Gesturi sugestive, cum ar fi: examinarea ceasului, îmbrăcarea, aranjarea hârtiilor etc. pot sugera clientului o asemenea intenţie.

Presiunea timpului se poate naşte din efectuarea consultaţiei într-un timp şi loc nepotrivite. De exemplu, într-un cabinet obişnuit de psihiatrie, aglomerat, la uşă fiind numeroase persoane obişnuite cu un tranzit alert şi care discută cu voce tare sau comentează "întârzierea" în mod nefavorabil. Apar astfel stânjeneală şi vinovăţie pentru ambele părţi. Acestea au, de obicei, influenţe mult mai puternice faţă de client, care se simte astfel obligat să încheie sesiunea chiar dacă nu e încă timpul.

Datorită agendei încărcate de întâlniri posibil neplăcute, neprevăzute, profesionistul poate avea de înfruntat şi un fundal de gânduri şi ruminaţii de natură personală.

În alte situaţii, clientul doreşte să fie ascultat pentru mai mult timp .Aceasta se întâmplă în stări nevrotice sau după psihotraume, în care istoricul este stufos şi plin de emoţie iar subiectul, fiind copleşit, devine incapabil de cel mai mic rezumat. Pentru o primă întâlnire în care "se deşartă sacul" prea plin, mai ales în stările de anxietate, este foarte important să ascultăm cu răbdare şi înţelegere până la capăt [J. Wilkinson şi K. Latif 1973].

7.3.6. Încheierea şedinţei de sfătuire este pretenţioasă. Unele semnale rezultate din dorinţa de a se termina pot fi trimise de clientul însuşi care spune: "Nu aş dori să vă mai reţin"; "Am abuzat de timpul Dvs.". În asemenea cazuri, nu este util să mai continuăm, întrucât subiectul a obosit, simte că a vorbit prea mult, a fost emoţionat, răscolit de cele discutate. De altfel, nu se poate spune totul într-o

singură şedinţă. De aceea, chiar în stadiul de evaluare, este preferabil să se programeze o nouă întâlnire decât să se forţeze nota.

Fiecare profesionist trebuie să-şi elaboreze o strategie de a încheia o consultaţie. În cazul unei încheieri premature, este bine să se sublinieze caracterul de urgenţă obiectivă şi probabilitatea recuperării timpului la proxima şedinţă.

7.4. OGLINDIREA-REFLECTAREA

Unii vorbesc despre ecou. Sunt reflectate conţinutul formulărilor verbale şi trăirile clientului în toate componentele lor verbale sau neverbale. Printre opţiunile terapeutului se află alegerea a ceea ce trebuie reflectat pentru a fi aprofundat şi ceea ce poate fi lăsat să treacă fără intervenţie.

Există mai multe modalităţi de reflectare, şi anume: repetarea ultimelor cuvinte, reflectarea selectivă, parafrazarea şi interpretarea.

Repetarea ultimelor cuvinte se constituie ca un ecou care serveşte drept îndemn pentru a vorbi mai mult. În momentul în care auzim din afară propriile cuvinte, rostite cu vocea altuia, apar adesea sensuri noi. Este o formă de reflecţie în care ascultătorul trebuie să utilizeze acelaş ton cu subiectul, iar conţinuturile repetate nu vor fi transformate în întrebare, ci vor rămâne drept constatări. Repetarea ultimelor cuvinte poate crea o anumită agasare pentru sfătuit dacă este utilizată prea des repe

Reflectarea selectivă în care se repetă o anumită expresie sau un paragraf din expunerea clientului [C. Rogers] obligă subiectul să reia cele spuse anterior şi să le aprofundeze. Este bine să fie aleasă porţiunea care a fost cea mai încărcată emoţional sau cea mai subliniată în frazare. Un exemplu edificator:

Clientul: "...am lucrat foarte mult la restaurant dar mă plăteau prost. Simţeam că nu mai pot...".

Terapeutul: "Dvs. aţi simţit că nu mai puteţi...".

Clientul: "Era îngrozitor... munceam de dimineaţa până seara la ora 12 şi eram complet epuizat şi zăpăcit de cap... aproape nu mai înţelegeam ce ordine mi se dădeau!".

Prin această metodă se obţine concentrarea asupra unor aspecte importante din viaţa subiectului. Remarcile respective se plasează în discursul sfătuitului imediat după emiterea lor, astfel încât să fie "calde" şi să fie mai uşor reţinute, să favorizeze adâncirea trăirilor sale. Plasate mai târziu, se pierde din forţa impactului.

Parafrazarea este o manevră mai complicată, deoarece presupune o anumită prelucrare a mesajului în sensul de reformulare-interpretare. Ea asigură un grad de generalitate, oferind un sens unor aspecte aparent trunchiate, haotice. Astfel, după ce bolnavul a povestit că "se simte încordat, are palpitaţii, este apăsat de multe, multe gânduri neplăcute...", în completare, sfătuitorul poate să parafrazeze astfel: "Dvs. vă simţiţi neliniştit, în alarmă...".

Sunt preferate expresii plastice, care să acopere sensurile. Asemenea parafrazări indică pacientului că este bine înțeles. Adesea, sensul care trebuie identificat se află ascuns printre cuvinte, printre pauze și subînțelesuri, ceea ce presupune o anumită intuiție din partea terapeutului. Clientul poate fi confuz sau incapabil să definească în cuvinte ceea ce simte. El poate să spună: "Înțelegeți Dvs ceea ce vreau să spun!", lăsând sfătuitorul să efectueze travaliul de integrare.

Bine este să denumim situația sau emoția cât mai exact, mai aproape de sensul atribuit de client, iar când acesta îl percepe deformat să oferim pe cel adevărat.

Caz clinic

Tânăr de 17 ani, care vine pentru atacuri de panică, se deplasează pretutindeni în oraș numai însoțit de mama sa, pentru a-l proteja. După introducerea tratamentului chimioterapic s-a simțit mult mai bine. Au dispărut atacurile de panică, a fost mai liniștit. La aproximativ două săptămâni de la ultimul control, revine nemulțumit, însoțit de mama lui pentru o nouă criză "de anxietate" cu palpitații, care a survenit în autobuz. Erau împreună dar, spre deosebire de alte dăți, mama s-a urcat prima în autobuz și și-a găsit un loc fără să se mai uite înapoi. El, aflat mai în spate, a fost nevoit să rămână în picioare pe interval. Fiind o mare înghesuială, a apărut "criza de neliniște" pe care a descris-o cu lux de amănunte.

Parafraza terapeutului a fost că acea criză nu a fost de anxietate ci de mânie. Ultima a fost imediat recunoscută de client drept emoția adevărată, după care au început o serie de destăinuiri și incriminări la adresa mamei sale, însoțite de reproșuri legate de neîndeplinirea datoriei de a-și îngriji copilul neputincios. După ameliorare, mama nu-i mai acordase atenția "cuvenită" ca bolnav iar în situația respectivă nu i-a oferit nici locul în autobuzul aglomerat. Era frustrația masculului lipsit de atenție și respect, ignorat.

Identificarea emoției adevărate a dus la clarificări prețioase asupra nevoilor de protecție ale subiectului și asupra modului prin care el le comunica, permițând o nouă evoluție către renunțarea la rolul de bolnav. Mânia și nemulțumirea sunt trăiri normale într-o situație de frustrație. Parafrazarea și prelucrarea au creat o ruptură în imaginea de sine anterioară, aducând subiectul către teritoriul binecunoscut al orgoliului adolescentin banal, care pretinde să fie servit și adulat.

7.5. ACOMPANIEREA EMOȚIILOR

În timpul ascultării, o importantă componentă a răspunsului empatic, a rezonării empatice, este dedicată participării emoționale. Spre deosebire de tehnica psihanalitică clasică, ce se caracterizează prin distanță și neutralitate (în fapt, non-

implicare emoțională), în sfătuire se acceptă un grad de angajare emoțională în răspunsurile oferite, în sensul de însoțire (acompaniere) a subiectului.

Există un stil "impresionistic" care pune accentul asupra oglindirii fidele a mesajelor corporale și vocale. Fără îndoială că există limite în participare. Mimica ascultătorului trebuie să exprime, în general, căldură și empatie, pe lângă nuanțele impuse de mesajul emoțional al subiectului: tristețe, anxietate, nemulțumire, mânie, suspiciune, depresie. În general, o anumită sobrietate creează sfătuitului o imagine favorabilă, în timp ce gheața emoțională îl îndepărtează. În lucrul cu emoțiile clientului sunt de luat în seamă cel puțin două aspecte. În paralel cu reflectarea printr-o participare emoțională echilibrată ca intensitate, se impune și procesul de identificare a emoțiilor trăite de subiect.

Pentru a reuși o identificare satisfăcătoare a emoțiilor și a trăirilor clientului este nevoie de exerciții. O primă cale se constituie în examinarea mimicii clientului. Există o serie de manuale de psihologie, cum ar fi cel al lui P. Zimbardo [1979] care oferă un eșantionaj al mimicii emoționale ce poate ghida persoanele începătoare.

Dacă unele emoții sau trăiri oferă observatorului informații "curate", nedeformate, altele sunt mai greu de descifrat, mai ales în cazul persoanelor educate să-și ascundă adevăratele sentimente și care și-au construit o solidă mască socială, plină de zâmbete aparente. La aceste persoane mesajele trebuie decodate din expresia mimică, adesea controlată, marcată de contractura maxilarelor, priviri pieziș, încordarea musculară, frământarea mâinilor. Este posibil ca subiecții nici să nu fie conștienți de emoțiile pe care le trăiesc, putând rămâne surprinși când sfătuitorul afirmă: "Păreți nemulțumit de situația X", despre care se discutase dar nu exista nici o relatare verbală. Totuși mimica sfătuitului a comunicat o informație prețioasă care a fost utilizată. O asemenea remarcă deschide calea discutării frustrațiilor nespuse ale clientului.

În însuși discursul subiectului se poate strecura caracterizarea emoțiilor proprii prin expresii neconvenționale, ale limbajului curent. Ele trebuie oarecum traduse într-un limbaj psihologic adecvat. Astfel E. Lewitt [1967] considera drept echivalente pentru anxietate: scârba, sila, supărarea, frământarea, grija. A spune că ești supărat înseamnă că te neliniștește o problemă care evoluează altfel decât te-ai așteptat. Sfătuitorul se va adresa trăirii de neliniște, nenumită până atunci, ceea ce stimulează aprofundarea trăirilor de tensiune ale subiectului și va deveni primul pas către o confruntare mai eficientă cu această stare.

Definirea stării de depresie este îngreunată de faptul că există o depresie trăită (descrisă în termeni emoționali) și una gândită (exprimată prin convingeri pesimiste, defetiste). De asemenea, diferențierea dintre anxietate și depresie impune o bună cunoaștere a nuanțelor. Ea este importantă din punct de vedere practic, întrucât depresia poate beneficia mai substanțial de chimioterapie.

O sugestie importantă, propusă de R. Nelson-Jones [1990], este ca emoția identificată să fie introdusă la începutul răspunsului sfătuitorului: "Dumneavoastră simțiți că sunteți (neliniștit, deprimat, frământat) pentru că...". Acest "pentru că" deschide discuția cu privire la eventualele cauze sau atribuiri ale emoției respective.

7.5.1. Tăcerile. Printre mijloacele cele mai subtile de facilitare a dezvăluirilor se află tăcerile. Ele apar după trecerea fazei de deschidere, pe parcursul orei de sfătuire. Semnificația lor rămâne de descifrat și se pot găsi diverse interpretări. În situația în care ele apar în timpul unui discurs aproape neîntrerupt al clientului, ele sugerează că subiectul face un efort de a intra mai profund în experiențierea sa, în propriile gânduri, în trecutul său. Tăcerile pot reprezenta momente foarte productive în desfășurarea ascultării. Subiectul apare foarte concentrat, privește către sine. Pe fața sa se poate urmări modul în care încearcă să se adune, distanțarea față de prezent și, treptat, revenirea.

Poate că subiectul a epuizat pe moment ceea ce avea de spus, restul fiind blocat pe moment, el pare mai curând încurcat. Este bine să se emită o întrebare de verificare: "...Mai aveți ceva de adăugat?".

Poate că se pregătește de o destăinuire importantă și caută să-și găsească cuvintele cele mai potrivite pentru a desemna cu acuratețe ceea ce simte. Este cazul unor persoane fără abilități verbale prea bune, neexersate, neobișnuite în a vorbi despre sine, la care "golurile" sunt legate de un ritm intern ceva mai lent. Imaginea de muncă concentrată este cea mai potrivită.

Se va aștepta cu răbdare și, eventual, se va semnala prezența ascultătorului printr-un "hmm...". Subiectul poate să se simtă amenințat de răspunsul empatic al ascultătorului. Este situația unor adolescenți aflați în plină criză de opoziție, care se refugiază în tăcere. Situația se exprimă prin încruntare, neliniște, posibil ostilitate vizibilă prin privire și mimică. În asemenea situație cei sfătuiți pot fi sprijiniți prin aserțiuni mai neutre sau întrebări ajutătoare, însoțite de o mimică foarte deschisă și prietenoasă.

Dacă tăcerea se instalează după unele întrebări, este posibil ca ele să fi fost confuze, neclare, nepermițând clientului să găsească un răspuns adecvat. Este de preferat să se reformuleze întrebarea pentru a deveni mai clară, mai simplă.

Tăcerea reprezintă o modalitate a comunicării. Apariția sa în desfășurarea unei conversații poate crea o stare de tensiune cu nuanțe diferite, un gol sau chiar o stare de vid. Acesta trebuie umplut cu ceva, de obicei cu vorbe. Între diverșii participanți, unul își va asuma riscul de a rupe tăcerea, se va simți apăsat de tăcere, "obligat". El va vorbi primul. În cazul sfătuirii, ascultătorul poate trăi această apăsare și, dacă este începător, va "sări în ajutorul clientului" prematur, pierzând șansa de a urmări desfășurarea spontană a clientului.

Alegerea momentului intrării creează premize pentru jocul tăcerilor. Tăcerea poate să capete o nuanță agresivă. Este cunoscută agresivitatea tăcută a persoanei îmbufnate, revărsată asupra partenerului care, dacă acceptă "jocul agresiv" al partenerului, se va strădui cu toate mijloacele (adică rugăminți, promisiuni, vorbe de încântare) să depășească obstacolul și să restabilească o comunicare satisfăcătoare. În destule cupluri, arma tăcerii este utilizată de către unul dintre parteneri, pentru lungi perioade de timp, dar cu rezultate proaste.

7.6. ÎNCHEIEREA ȘEDINȚELOR DE PSIHOTERAPIE

Modalitățile de încheiere a ședințelor de psihoterapie pot fi diferite. Cel mai important element comun al lor este reprezentat de respectarea pe cât posibil a duratei propuse de 45 de minute. Este bine să se anunțe cu câteva minute înainte că ședința este pe cale de a se termina, pentru se a evita o întrerupere bruscă. Rezumarea celor discutate în cursul ședinței, în perioada imediat înainte de încheierea ei, constituie o strategie des utilizată în sfătuire.

Prin rezumare se verifică fidelitatea înțelegerii de către terapeut și se creează un tot închegat dintr-o serie de relatări deslânate. Rezumatul trebuie să cuprindă principalele trăiri, emoții, orientări ale discuției. Introducerea rezumatului depinde de tipul și stadiul terapiei.

Rezumarea este o metodă de elecție în structurarea convorbirii telefonice de ajutor. Spre deosebire de ora obișnuită de psihoterapie, în timpul convorbirii trebuie definite rapid problemele subiectului, clarificate în oarecare măsură și precizat conținutul solicitării sale adresate serviciului telefonic de ajutor. Ea ajută ca, în timp util, dată fiind durata limitată a convorbirii telefonice, să se ajungă la concluzii și sugestii folositoare, cum ar fi: definirea și clarificarea problemelor, indicații punctuale de trimitere către un serviciu specializat, de aprofundare a analizelor etc. [M. Senten 1998].

Rezumarea devine din ce în ce mai utilă pe măsură ce se înaintează în procesul terapeutic, mai ales după operaționalizarea problemelor în drumul către rezolvarea lor. Un bun rezumat nu va depăși 3-5 minute și va păstra o linie decentă, la obiect, fără adăugiri și teoretizări. Rezumarea este realizată, de obicei, de sfătuitor, deși ar putea fi solicitat și clientul dar, în multe cazuri, această sarcină este prea grea pentru acesta din urmă.

Într-un stadiu mai timpuriu al ascultării, posibil chiar după prima ședință, este utilă efectuarea la sfârșit a unei scurte treceri în revistă a temelor și afectelor apărute. Rezumatul discuției din ora anterioară poate fi folosit ca bază de discuție la începutul ședinței următoare, ca o tactică ce stimulează aprofundarea și menține continuitatea.

În interviul îndreptat către rezolvarea unei probleme, rezumatul devine un instrument de lucru care permite să se focalizeze corect substanța discuțiilor, prin reluarea principalelor date ale problemei, a obiectivelor și metodelor de intervenție.

Citarea măsurilor propuse anterior care, în orice caz, trebuie să fie înregistrate și consemnate, reprezintă momentul începerii evaluării gradului în care au fost puse în aplicare. De obicei, analiza cuprinde și relatarea a ceea ce i s-a întâmplat clientului, în general, în intervalul dintre ședințe. De altfel, cele mai importante momente ale procesului terapeutic se petrec între ședințe. Analiza evoluției între ședințe reprezintă un moment obișnuit, fiind obligatoriu în urmărirea bolnavilor aflați în psihoterapiile directive de tip cognitiv comportamental și care permite evidențierea schimbărilor petrecute dar și a obstacolelor din calea schimbării.

Acest stil foarte ordonat, "tehnologic", include, pe lângă avantajul de a menține orientarea către eficacitate maximă a terapiei, și riscul de a se pierde din spontaneitatea, prospețimea și supleţea dialogului, prin revenirea la teme devenite secundare pentru client, posibil depășite. De aceea, se poate lăsa deplina libertate de alegere a temelor de către subiect, fără a neglija verificarea modului de îndeplinire a sarcinilor de efectuat pentru acasă, convenite anterior împreună.

CAPITOLUL VIII
PRELUCRAREA PSIHOTERAPICĂ

8.1. INTERPRETAREA

Aceasta reprezintă o tehnică psihoterapică prin care pacientul este "ajutat" să perceapă originea reală a sentimentelor, fricilor, inhibițiilor sale. Atunci când pacientul ajunge să facă legătura dintre frici și trecutul său, nu mai are pentru ce să se teamă de prezent [E. Gillieron 1997]. Interpretarea este un instrument principal al psihanalizei și al tehnicilor psihodinamice, denumite generic de dezvăluire-interpretare și este inerent utilizată și în procesul de restructurare psihică din sfătuire. Anumite conținuturi psihice, idei, trăiri, atitudini, comportamente, sunt definite într-un sens diferit de cel perceput de client. Interpretarea permite pătrunderea în sensul ascuns, esențial, al trăirilor clientului, ceea ce îi oferă șansa autoînțelegerii dintr-o altă perspectivă.

Interpretarea-reconstrucție presupune că unele din conținuturile psihice ce ies la iveală sunt exprimate sub formă distorsionată, datorită intervenției mecanismelor de apărare ale psihicului, descrise de psihanaliză și validate în parte prin clasificările internaționale [DSM IV 1994]. Definirea legăturilor dintre trecut, îndeosebi copilărie, legate de imaginile *(imagos)* parentale [M. Balint, D. Malan] și trăirile prezente este cunoscută sub termenul de interpretare istorică.

Obiectul interpretării pot fi ideile și visele [S.Freud], conflictele intrapsihice dintre pulsiunile biologice, fantasme și exigențele realității, ale Eului [I. Ferenczi], sau comportamentul clientului din timpul ședinței psihoterapice, exprimând rezistențele și mișcările transferențiale [K. Lewin 1970]. Interpretările pot să fie focalizate [M. Balint și D. Malan] prin acordarea de atenție selectivă unor aspecte legate de o anumită ipoteză. Astfel, în primele decenii ale psihanalizei, accentul era pus asupra trecutului și conflictelor istorice, intrapsihice dar, începând cu A. Adler, F. Alexander și T. French [1949], F. Alexander [1959], atenția s-a deplasat asupra prezentului și conflictelor externe actuale, definite prin expresia "aici și acum".

Interpretarea ușurează substanțial înaintarea procesului psihoterapic, oferind un sens logic, coherent imaginilor, afectelor, comportamentelor persoanei. Există însă riscul suprainterpretării, a aprecierii prin prisma psihopatologiei a majorității afectelor, ideilor și comportamentelor persoanei, a psihiatrizării. Interpretarea trebuie să țină seama de capacitatea de înțelegere și elaborare a pacientului; ea nu trebuie să fie dură, sălbatică.

8.2. CONFRUNTAREA

Este o intervenţie psihoterapică care are drept scop schimbarea imaginii clienţilor despre anumite arii ale existenţei lor. A fost introdusă în psihanaliză de S. Ferenczi [1921] pentru a grăbi ritmul procesului terapeutic, prin aducerea faţă în faţă cu realitatea a fantasmelor clientului. Confruntarea reprezintă un act deliberat, iniţiat de către terapeut, având ca punct de plecare cunoaşterea de profunzime a clientului. În situaţia de confruntare poziţia terapeutului se schimbă, el devenind mult mai activ. Astfel, el ia iniţiativa, se adresează, întrerupe clientul sau îi adresează injoncţiuni [S. Ferenczi 1921], silindu-l să părăsească apărările nevrotice anterioare şi să se confrunte cu "sine însuşi" [E. Gillieron 1997].

O poziţie dură o adoptă H. Davanloo [1963] în cadrul metodei proprii de psihoterapie scurtă. După identificarea unui conflict major, el intervine foarte activ şi autoritar şi, la primele reacţii afective ale clientului, îl confruntă cu rezistenţele sale, contrângându-l să le definească, să le verbalizeze. Stilul său s-ar potrivi mai curând pacienţilor cu tulburări de personalitate. Pe aceeaşi linie, pentru a stimula introspecţia, P. Sifneos [1972, 1992] îşi propune să provoace în mod deliberat anxietate prin confruntări, clarificări şi întrebări neliniştitoare. Tehnica sa a fost utilizată cu bune rezultate la persoane bine selectate, inteligente, nevrotice, suferinde de tulburări obsesionale.

Prin aserţiunile sale provocatoare, sfătuitorul evidenţiază aspectele ignorate, neconştientizate, iar prin conţinuturile aduse în discuţie, clientul este adus în contact cu el însuşi, cu comportamentul său dezadaptativ. Ca urmare, se reduc ambiguităţile şi neclarităţile generatoare de confuzie din concepţiile sale. Se poate vorbi de un "moment al adevărului", în care subiectul ia cunoştinţă de imaginea sa reală. Verbul a confrunta se defineşte în Dicţionarul Oxford prin *"a aduce persoana faţă în faţă cu"*, ceea ce în psihoterapie înseamnă a o aduce în contact cu problemele sale într-un mod care să ducă la schimbare.

În psihanaliză, S. Freud a introdus confruntarea foarte parcimonios, rezumându-se la interpretarea transferului şi a rezistenţei, însă Karen Horney [1964] a văzut în confruntare un mijloc terapeutic foarte eficace, afirmând că, dacă pacientul "fuge pe o alee înfundată", ea nu va ezita să intervină şi să-i propună alternative. La rândul lor, Alfred Adler şi alţii au promovat confruntarea în psihoterapie dintr-o perspectivă adaptativă, pentru a modifica stilul de viaţă negativ şi a adopta rolurile pozitive în viaţa pacientului. Gillieron [1997] consideră că este esenţial ca terapeutul să intervină activ pentru a schimba practica actuală a clientului. El afirma: "creşterea internă nu provine din interior ci prin contactul cu lumea din afară".

Pornind de la conţinutul lor, B. Berenson şi colab. [1979] descrie 5 tipuri de confruntare: experienţială, didactică, asupra tăriilor, asupra slăbiciunilor,

stimulatorie. La acestea se pot adăugate cele 3 tipuri de confruntare diferenţiate prin stil: facilitatorie, fierbinte şi didactic-interpretativă [R.Nelson-Jones 1990].

8.2.1. Confruntarea experienţială. În cadrul ei sunt luate în considerare discrepanţele dintre modul în care se vede clientul şi felul în care este perceput de către sfătuitor. Cel mai izbitor este cazul persoanelor cu frumuseţe fizică remarcabilă care se văd urâte şi fără calităţi.

8.2.2. Confruntarea didactică este dedicată analizei calităţii informaţiilor pe care le posedă clientul asupra problemei în discuţie, datele asupra unei eventuale afecţiuni, semnificaţia rezultatelor unor analize, cauzalităţile implicate şi atribuirile clientului. Chiar dacă în timpul confruntării sunt oferite informaţii noi, este de subliniat că, foarte adesea, ele nu sunt receptate satisfăcător şi, mai ales, nu sunt acceptate. De aceea, însuşirea lor corectă trebuie verificată pe parcursul discuţiilor.

Caz clinic

O familie de intelectuali se prezintă cu un tânăr de 22 de ani, despre care ei afirmă că suferă de tulburarea deficitului de atenţie şi hiperactivitate, diagnostic pe care l-au stabilit singuri şi pentru care s-au documentat amplu. Au cumpărat 3 monografii din America şi au strâns materiale documentare disponibile pe reţeaua Internet.

Este singura explicaţie pe care părinţii o oferă pentru eşecul şcolar repetat al tânărului, care a întrerupt facultatea de 3 ori la rând, după primele 2-3 luni de frecventare ale anului şcolar. Ei solicită aplicarea unui tratament psihostimulant care să îi crească concentrarea considerată deficitară.

Este un tânăr sfios, care vorbeşte puţin, cu voce stinsă şi care prezintă evidente semne de fobie şcolară, cu timiditate şi teamă de eşec. Se propune o explicaţie emoţională a deficitului adaptativ, corelată cu alegerea inadecvată a profilului facultăţii şi având ca rezultat dezinteresul şi lipsa de motivaţie. Faptul că tânărul a învăţat singur să lucreze pe calculator şi putea să stea până la 7 ore la masa de lucru arăta că intensitatea unui eventual deficit atenţional era relativ mică. De altfel, a învăţat foarte bine în liceu.

Terapeutul a explicat pe larg reacţiile tânărului pe baza acestei ipoteze, însă părinţii nu au fost convinşi. Ei au rămas sceptici şi au revenit de mai multe ori asupra sindromului diagnosticat de ei înşişi. Cu prudenţă, s-a propus introducerea unei intervenţii de sfătuire "înainte de prescrierea medicaţiei psihostimulante".

La începutul anului şcolar a început cura de sfătuire, care a continuat cu succes, tânărul reuşind să depăşească pragul critic al primelor 3 luni, să se concentreze mai bine şi să obţină bune rezultate de-a lungul anului şcolar, însă fără

medicație, numai cu suport emoțional, analiza obstacolelor și găsirea de soluții. La fiecare oră de terapie s-a prezentat și tatăl, care a asistat la discuții și, în cadrul discuțiilor de "sinteză" a revenit de fiecare dată asupra sindromului de deficit atențional și a utilității psihostimulantelor.

Scopul confruntării didactic-interpretative este și acela de a evidenția modul în care clienții contribuie la menținerea problemelor. Este tipică abordarea rațional-emotivă al lui Ellis, în care sunt analizate și atacate convingerile iraționale și efectul lor paralizant asupra a clienților: "nu pot... întotdeauna... niciodată... eu am numai neșanse în viață...".

8.2.3. Confruntarea asupra tăriilor. Foarte mulți subiecți își ignoră calitățile lor reale și chiar realizările remarcabile. Acestea vor fi subliniate de către sfătuitor, arătându-se clar resursele la care se poate face apel. Există multe persoane, și chiar familii, care nu reușesc să-și recunoască posibilitățile și să le utilizeze pe moment, pierzând eventualele conjuncturi favorabile. Este categoria modeștilor, celor cu neîncredere în sine și, posibil, în familiile lor. Totuși este reconfortant a-i vorbi cuiva despre șansele sale și despre posibilități neluate încă în calcul. O asemenea confruntare transmite clientului un omagiu mascat, ceea ce crește probabilitatea acceptării sale. Ea aduce speranța, cel mai puternic ingredient a terapiei psihoterapice.

8.2.4. Confruntarea clientului cu imaginea proprie asupra slăbiciunilor și a deficitelor. Spre deosebire de abordarea tăriilor, în privința slăbiciunilor este nevoie de multă delicatețe și prudență, pentru că oamenilor le place să li se vorbească despre calități și să-și ignore slăbiciunile. O prea ostentativă etalare a defectelor proprii are ca scop ascuns obținerea de gratificații din partea terapeutului. Cei mai eficienți psihoterapeuți insistă asupra tăriilor clientului, creând o viziune ceva mai optimistă asupra persoanei sale: "tu poți"; "tu ești în stare" etc.

8.2.5. Confruntarea cu stimularea acțiunii implică dezvoltarea unei atitudini active față de viață, evidențiind atitudinile de pasivitate, de așteptare neajutorată.

Caz clinic

Familia este descurajată și cere ajutorul deoarece Andrei stă singur acasă și plânge în noaptea de Revelion. Iubita sa, ceva mai în vârstă, nu a dat telefon și nu vine să-l ia la petrecerea de revelion. El așteaptă în zadar să fie luat în seamă de alții care îi vor rezolva problemele. Se consideră un neînțeles, un nedreptățit, un părăsit.

El trebuie să descopere ruptura dintre așteptările sale de copil mic, protejat, și postura firească a unui bărbat care trebuie să-și rezolve singur problemele, să le întoarcă în favoarea sa. În discuția deschisă, criticile asupra posturii de pasivitate și de victimă, ce afectează într-o anumită măsură stima de sine, se vor conjuga cu prezentarea așteptărilor sexului feminin și cu aprecieri asupra capacității sale de a fi "mai bărbat", îndemnuri și rețete pentru o conduită competitivă.

8.2.6. Confruntarea fierbinte. A fost descoperită în anii 1930 de către F. Perls, care a transformat-o într-o metodă terapeutică distinctă. Se numește astfel fiindcă este dură și directă. Se creează o tensiune și o încălzire a atmosferei până la limita suportabilității, subiectul fiind dislocat din apărările sale obișnuite.

Sfătuitorul intră în lumea de iluzii, de autoamăgiri, de apărări și imagini false ale clientului și încearcă să dea la o parte perdeaua de fum. Tehnica a fost dezvoltată în cadrul Gestalt-terapiei [F. Perls] în care a fost introdus și un scaun "fierbinte", pe care este așezat clientul cu care se începe dialogul foarte direct. În cazul unui proces de sfătuire, o asemenea intervenție este menită să producă rapid mutații în concepțiile clientului. Fără confruntare și eliminarea iluziilor procesul terapeutic stă pe loc sau ar putea să pornească de la premize false.

Un exemplu tipic este atitudinea unor tineri timizi, înspăimântați de sexualitate, care își aleg drept ideal de parteneră artiste de cinema cu o înfățișare ultra sexy. În absența lor, ei refuză orice contact cu fete mai "banale" care apar în viața lor, trăind într-o lume de vis, bine pigmentată cu vedetele din filmele americane. Clienții, persoane pasive, ar dori ca frumoasele să apară din neant și să-i cucerească sau să li se supună fără nici un efort din partea lor. Ele ar trebui să le rezolve problemele, așa cum, probabil, au procedat și mamele lor în copilărie și mai târziu.

Tot așa, unele persoane se consideră victime când se ceartă cu cei apropiați. Ele nu percep că, în realitate, ele se comportă agresiv și dominator. Clasice pentru această categorie sunt afirmațiile: "Eu sunt cinstit(ă),... îmi place să spun franc adevărul... direct în față..." și care se constituie în pretexte pentru a afișa un comportament agresiv, de multe ori nedrept și fără menajamente.

Caz clinic

O doamnă de 30 de ani a venit să ceară ajutorul, indignată pentru că bărbatul său a plecat de acasă și s-a mutat la un prieten, pe care ea îl bănuia a avea tendințe homosexuale. Plângea cu obidă povestind că, în urma unui șir de certuri și conflicte, el a încercat să fugă din casă. Împreună, ea și mama ei au, încercat să-l lege, au încuiat ușile și au ascuns cheile. S-a instituit un regim de supraveghere continuă asupra vinovatului, dar acesta a profitat de un moment de neatenție și a fugit pe geam. De atunci au trecut aproape două luni și nu a mai dat nici un semn

de viață. Se pare că nu îl mai interesează familia, nici chiar fetița sa, în vârstă de 4 ani. De aceea, a fost considerat ca un "mare nesimțit". Clienta se consideră victima unei "brute" lipsite de suflet.

Din discuțiile ulterioare a reieșit că atmosfera din familie era rigidă. Locuiau împreună cu părinții clientei, care și au luat în serios rolul de mentori și supraveghetori ai menajului. Chiar clienta mărturisește că ea însăși îl dirija și "îl ajuta continuu" să-și îmbunătățească manierele.

Confruntarea a devenit necesară întrucât, în realitate, victima era soțul și nu clienta. Comportamentul nu fusese de brută ci de om înspăimântat, contrâns, urmărit, înconjurat, care a găsit soluția scăpării în fugă. În plus, el se simțea jignit, umilit. Asemenea interpretare total diferită a conflictului familial de către terapeut a creat clientei o intensă nemulțumire, iar faptul că i s-a negat rolul de victimă a dat naștere la o tensiune extremă.

Clienta a început să plângă în hohote și a vrut să părăsească ședința de mai multe ori. Fiind o persoană orgolioasă, i s-a părut absurdă soluția propusă, de a merge ea însăși în întâmpinarea lui, de a căuta să-l întâlnească "întâmplător", fără insistențe și reproșuri, pentru a își recrea o imagine de fetiță blândă. S-a spus că trebuie să încerce să-l recucerească prin candoare și o totală lipsă de pretenții. Sugestia de a lua inițiativa și de a face o mulțime de pași a fost întâmpinată cu mare nemulțumire și plânsete, fiind total neconformă cu imaginea sa asupra conflictului și soluțiilor posibile.

După o perioadă de chibzuință, clienta a adoptat totuși toate sugestiile derivate din noua concepție asupra originilor conflictului și a reușit să-și recâștige bărbatul într-un interval relativ scurt, dar fără a mai accepta vreo discuție cu sfătuitorul care ar fi "jignit-o" prin intervenția sa dură. După 20 de ani, situația se menține bună în continuare, deși au mai fost unele crize de mică amploare. După împăcare, soțul a recunoscut că, dacă ea nu venea "în întâmpinare", el s-ar fi resemnat cu pierderea familiei, chiar dacă îi iubea foarte mult.

Așa cum a reieșit din exemplul de mai sus, utilizarea confruntării fierbinți este legată de riscuri. Pacientul nu acceptă prea ușor o schimbare bruscă a imaginilor sale mentale și poate să respingă terapeutul, rupând legătura definitiv. De aceea, trebuie luate în seamă tăria Eului, unele trăsături accentuate ca orgoliul, dispoziția de fond, gradul de vulnerabilitate, deși nu în mod absolut. Confruntarea fierbinte se realizează mai ușor în condiții de internare, când pacientul se află într-o poziție ceva mai slabă.

8.2.7. Confruntarea de sprijin. Este mult mai blândă, clientul având latitudinea de a o întrerupe dacă nu se mai simte în largul său. Sunt analizate diferențele, mai bine zis distanța dintre mesajele verbale și non verbale, dintre

vorbe și fapte, dintre imaginea de sine a clientului și opinia sfătuitorului despre el, inconsecvențele dintre diferitele afirmații. Asemenea teme sunt ilustrate prin următoarele exemple:

"În timp ce spune cuvinte foarte plăcute, Aurel aruncă priviri aspre în jur ca niște fulgere";

"Adrian promite că va veni la examinarea psihologică dar dispare pentru câteva luni";

"Georgia crede că a fost părăsită de iubitul ei dar, în fapt, ea este cea care a rupt legătura".

Se observă din exemple afirmațiile contradictorii; subiectul ba iubește, ba antipatizează persoane din anturaj, din familie sau dintre colegii de serviciu.

Analiza aparentei lipse de alternative din viața clienților, care se simt "obligați" să procedeze într-un anumit fel, impune **corectarea informațiilor false despre bolile clientului** prin furnizarea de noi informații.

Analiza ce urmează a se desfășura implică dezvăluirea punctului de vedere al terapeutului, cu provocarea unei stări de oarecare presiune, de schimbare asupra clientului. Pentru a se menține o conversație civilizată și efectivă, se conturează câteva reguli de desfășurare a unei confruntări de sprijin, descrisă în continuare [R. Nelson-Jones 1990].

- Exprimarea clară și deschisă a punctului de vedere personal prin introducerea unor exprimări de tipul: "Eu cred că... deși tu...". Astfel, subiectul este solicitat să reflecteze asupra unei realități contradictorii și să meargă mai departe în autoînțelegere sau să vorbească mai deschis, să se autoexplice.

- Menținerea discuțiilor la un nivel echilibrat, neutru. Această regulă trebuie urmărită cu atenție deoarece tonul neutru poate să fie perceput ca amenințător de către client, lipsind empatizarea, solidarizarea cu punctul său de vedere. De aceea, provocarea "cu mănuși" va cuprinde reflecții obiective, rostite pe un ton cât mai blând. În cazul unui conflict interpersonal, aducerea în discuție a punctelor de vedere ale celuilalt protagonist e de natură a obliga subiectul să examineze și trăirile altuia, care pot fi tot atât de justificate ca și cele ale sale.

- Lăsarea libertății și responsabilității clientului de a continua sau nu, în momentele în care sunt aduse în discuție inconsistențele sale. Forțarea prin persistență neîndemânatecă în ciuda unor semnale de alarmă poate afecta atmosfera, creând insecuritate. Subiectul se poate simți contestat, devalorizat, pus în discuție. De aceea, sfătuitorul va urmări cu cea mai mare atenție răspunsurile clientului, atât pe cele verbale cât și pe cele nonverbale, și va decide cât de mult să insiste sau dacă să reia tema. Se va încerca evaluarea efectului confruntării. Câteodată, clienții înșiși provoacă unele confruntări, plasând terapeutul în situații

dificile. În aceste momente este testată capacitatea sa de a menține linia terapeutică și de a emite răspunsuri empatice chiar când este criticat. Este cazul persoanelor care au trecut pe la mai mulți specialiști și care au acumulat resentimente față de ineficacitatea tratamentelor prescrise. Foarte mulți hipocondrici se plâng de medici că nu îi înțeleg, că nu le prescriu cele mai bune tratamente sau acele medicamente pe care ei le cred a fi cele mai valoroase.

A menține o linie neutră, empatică, de înțelegere a suferinței, de acceptare a nemulțumirilor generate de o situație aparent fără ieșire, fără a afecta prestigiul confraților, reprezintă conduita echilibrată prin care terapeutul reușește să transmită că îl acceptă pe client și că este dispus să lupte alături de el, în ciuda tuturor greutăților.

Ideal ar fi să se trimită chiar mesaje nonverbale de aprobare în timpul discursului dezagreabil al clientului, ceea ce poate face din critica respectivă un mijloc de afirmare socială acceptat de profesionist, creându-se astfel o cale de ieșire din blocajul relației terapeutice.

De altfel, una din cele mai interesante abordări psihoterapice la hipocondrici propune o ascultare cât mai neutră, de aproximativ 20 de minute, fără vreo întrerupere din partea sfătuitorului, în ședințe plasate la intervale regulate de timp, ceea ce ar transmite mesajul că persoana este în sfârșit ascultată și respectată de cineva.

8.2.8. A vorbi despre sine. În timpul discuțiilor psihoterapice de tipul sfătuirii participarea sfătuitorului este ceva mai mare decât în alte forme și poate cuprinde un grad de auto-dezvăluire. Sfătuitorul părăsește poziția clasică de distanțare și vorbește despre sine. Aceasta reprezintă o acțiune deliberată, care completează autodezvăluirea realizată în timpul ascultării prin complexul de mesaje nonverbale (pozitive sau negative), comentarii și interpretări ce lasă să se întrevadă o anumită concepție proprie de viață, similară sau diferită față de cea a clientului. Ea se reflectă și în îmbrăcăminte, în aspectul cabinetului, în modul în care se prezintă terapeutul.

A vorbi despre tine însuți înseamnă mai mult. Este un semn de încredere acordată clientului, care poate să vadă câte ceva din spatele măștii profesionale și oferă șansa umanizării relației de ajutor. Clienții doresc să se simtă înțeleși în experiențe foarte frecvente, cum ar fi: dezamăgirea în dragoste, greutăți de părinte sau, mai recent, șomajul. În unele forme de îngrijire, cum ar fi cea a foștilor alcoolici sau drogați, cei care au trecut prin asemenea momente pot fi mult mai eficienți, pentrucă au trecut prin momente asemănătoare.

Pe această bază s-a creat organizația de autoajutor "Alcoolicii Anonimi". Profesionistul devine și el o persoană ca toate celelalte, cu slăbiciuni și defecte, care are o experiență de viață ce poate deveni sursă de informații, de similarități

sau de diferențe, mai ales în privința soluțiilor sau a deznodământului. Totodată, autodezvăluirea reflectă o mai profundă implicare, iar dacă este însoțită și de un grad de naturalețe, ea devine mai convingătoare. Intimitatea relației poate să crească, permițând aprofundarea unor trăiri prin împărtășire și înțelegere venite dinăuntrul celor doi. Ei se întâlnesc în spațiul trăirilor comune, eventual al grijilor și frământărilor asemănătoare. Se oferă astfel o confirmare sau o infirmare a poziției clientului, prin prisma experienței "altuia".

Chiar dacă, la prima vedere, autodezvăluirea pare un instrument extrem de util, ea ascunde numeroase capcane și presupune delicate alegeri prealabile din partea persoanei de ajutor. Terapeutul se va întreba dacă și când să introducă asemenea informații în procesul terapeutic. Constituie teme de reflecție dacă vor fi prezentate experiențe din viața personală sau cazuri/istorii ale altora, cu sau fără comentarii. Terapeutul va avea ca opțiuni prezentarea strictă a experienței originare sau epilogul său, bun sau rău.

O dezvăluire utilă presupune referirea numai la experiența personală legată de tematica în discuție și care să fie expusă într-un mod neostentativ și fără referiri directe sau indirecte la greșelile subiectului, fapt care ar putea jigni pe client. Utilizarea sa pentru o moralizare implicită poate să fie utilizată rar, poate excepțional. Pentru succesul autodezvăluirii, alegerea tematicii și dozarea ei este esențială. A expune experiențe de eșec ar putea proiecta o anumită slăbiciune asupra sfătuitorului, care apare astfel ca inabil și neputincios.

Clienții așteaptă să întâlnească persoane puternice, adevărați "stâlpi" ai înțelepciunii și care să reprezinte ancore, puncte de sprijin pentru starea lor actuală de incertitudine și să nu se clatine așa de ușor în fața furtunilor vieții. A arbora așa-numita poziție "slabă" este o adevărată artă și se referă, mai curând, la gradul redus de asertivitate și de directivitate a sfătuitorului în timpul interviului, necesară pentru a activa clientul și a-i ridica stima de sine, și nu la cantitatea experiențelor personale negative dezvăluite.

Pe de altă parte, a prezenta numai succese din trecut și prezent înseamnă a crea o anumită frustrație în client, care poate aprecia că un asemenea tip, întotdeauna "învingător", nu este permeabil la nefericire și eșec. Apărându-și Eul strivit, sfătuitul poate replica spunând că: "Desigur, pentru Dvs. a fost ușor, pentru că sunteți profesionist, dar pentru un simplu... e cu totul altceva...", ceea ce echivalează cu respingerea unui model inaccesibil.

Dezvăluirea poate deveni o ocazie de a domina clientul printr-o așa-numită poziție "tare". J. Loughary și T. Ripley [1979] au indicat câteva moduri de a prelua controlul prin împărtășirea experiențelor proprii, ca de exemplu:

"Tu crezi că ai o problemă? Atunci să ţi-o spune eu pe a mea...".
"Lasă că-ţi spun eu ce să faci, aşa cum am făcut eu...".
"Am să te iau în grija mea şi am să lucrez cum am lucrat pentru mine".

Este incorect ca o asemenea experienţă să fie expusă pe larg, pentru că ar consuma timpul clientului şi l-ar supraîncărca cu probleme care nu-i aparţin. În plus se conturează riscul unor efecte contrare celor aşteptate, şi anume, satisfacerea nevoilor de apreciere şi de intimitate ale profesionistului, apariţia unei tensiuni relaţionale secundare prin neacceptarea de către client a celor povestite.

CAPITOLUL IX

ABORDAREA PROBLEMELOR

9.1. PROBLEMATICA PERSOANEI ŞI ÎMBOLNĂVIREA

Sănătatea este o stare de de bine, de normalitate, rezultată din echilibrul obţinut de sistemul complex, dinamic, pe care îl reprezintă organismul. Mecanismele sale de homeostazie biochimică, emoţională şi comportamentală, răspund influenţelor continuie resimţite ca presiuni venite dinafara şi dinăuntrul organismului. Succesul lor se traduce în menţinerea sănătăţii, a calităţii vieţii, în trăirea de bine şi în satisfacţia de "a te simţi bine în pielea ta". Aceasta presupune răspunsuri adecvate în raport cu ameninţarea "internă" reprezentată de presiunea nevoilor, aspiraţiilor şi ţelurilor vieţii, a pulsiunilor, a trăirilor negative din subconştient, dar şi faţă de cerinţele venite din "afară", adaptarea la viaţa reală, la obligaţii, la dificultăţi, nenorociri, pierderi, îmbolnăviri sau servituţi aduse de destin.

De calitatea acestor răspunsuri, de modularea lor în raport cu fiecare situaţie depinde starea de sănătate fizică şi mintală a persoanei. Ele pot fi definite sintetic în capacitatea de a rezolva problemele. Aceasta reprezintă unul din ce mai importanţi factori protectivi ai sănătăţii. Ea dă naştere trăirii de eficacitate [A. Bandura 1977] aducătoare de satisfacţii şi stimă de sine.

Capacitatea de a rezolva problemele este, în parte, înnăscută, fiind mai bună (superioară) la cei inteligenţi, la cei cu bună capacitate de înţelegere şi introspecţie, cu un echilibru emoţional solid. Ea poate fi şi câştigată însă, prin educaţie, experienţă şi sprijin din afară în momentele de cumpănă.

Multă vreme, în geneza evenimentelor patogene, accentul a fost plasat asupra psihotraumei, ilustrată, printre altele, de conceptul de stress. Evenimentele nefavorabile ale existenţei au fost interpretate simplist prin expresii ale stressului existenţial. Stressul a apărut de cele mai multe ori ca un dat de neînlăturat, iar soluţia propusă de cei care sesizau importanţa sa în geneza diferitelor afecţiuni era "evitarea conflictelor şi a stressului", frecvent întâlnită în recomandările medicale De aici conceptul, atât de răspândit în lumea medicală şi a asistenţei sociale, a omului victimă a soartei, a celui care se prăbuşeşte şi se îmbolnăveşte sub povara încărcării exagerate.

Prea puţină atenţie a fost acordată capacităţii persoanei de a înţelege şi a defini problemele sale. Mai mult, a fost ignorată articularea acestor probleme cu răspunsurile clientului, cu modul în care acesta le percepe şi reuşeşte să le facă faţă, cu strategiile utilizate şi rezultatele lor.

Cu toate progresele sale, medicina nu a reuşit să realizeze conexiunea dintre stilul de viaţă şi boală, cu excepţia câtorva afecţiuni ca: bolile digestive,

cardiovasculare, obezitatea sau tulburările addictive (alcoolismul, consumul de droguri) în care, de cele mai multe ori, interpretările au rămas fragmentare şi superficiale. De aceea, în lipsa unor cunoştinţe adecvate, medicii s-au mărginit la aplicarea chimioterapiei, mult mai comodă în comparaţie cu metodele psihologice şi psihoterapice. Problemele bolnavului şi capacitatea acestuia de a le găsi un răspuns adecvat au trecut pe un plan foarte periferic, la capitolul de teme fără răspuns tehnic şi faţă de care singura atitudine adoptată a fost compasiunea.

În acest spaţiu, se pot diferenţia 3 viziuni diferite, cu importante consecinţe teoretice şi practice [C. Oancea 1998]:

1) **Viziunea medicală** strictă, ce defineşte boala ca un dat al soartei, chiar dacă în etiopatogenia sa sunt incluşi şi factorii psihosociali patogeni. Obiectivul major, aproape exclusiv, al intervenţiei medicale este corectarea răspunsului patologic al organismului, care este excesiv (overreaction), nepotrivit sau dezadaptativ. În acest context, pacientului i se rezervă rolul de bolnav, cu restricţiile sale, limitările existenţei şi medicamentele aferente. El nu se va atinge de stilul său de viaţă dăunător decât sub presiunea suferinţei pe care, de altfel, e dispus să o ignore sau să o minimalizeze, medicaţia devenind un bun pretext. O persoană care a muncit excesiv va continua să o facă şi după declararea bolii. Din nefericire, pe măsura agravării bolii, ea se va afunda tot mai mult în rolul de bolnav, utilizând tot mai multe medicamente.

2) **Viziunea psihologică.** Se poate afirma, fără a greşi prea mult, că persoanele bolnave, dar şi cele dezadaptate social, prezintă o capacitate scăzută de rezolvare a problemelor. Ele pot fi considerate ca fiind aflate în criză, având nevoie de o intervenţie de ajutor psihologic sau psihoterapic. Această viziune este incompletă şi riscantă, pentru că nu ţine seamă de variabilele medicale.

3) **Viziunea medico-psihologică** are în obiectiv atât reacţiile organismului, boala fizică şi/sau mintală cât şi eşecul adaptativ al persoanei. Ea s-a transpus în orientarea şcolii de psihiatrie de la Manchester [Linda Gask, D. Goldberg 1987, 1989] care a introdus în practica medicilor de familie britanici sfătuirea "centrată pe problemă", înrudită cu modelul propus de M. Balint. Profesionistul este instruit să identifice problemele bolnavului şi factorii de menţinere a lor, să definească răsunetul lor asupra sănătăţii şi să utilizeze sfătuirea ca o componentă obişnuită a intervenţiei medicale. În psihiatrie, sfătuirea terapeutică a fost declarată drept cea mai importantă metodă psihologică aplicată [OMS 1993].

Plasarea problematicii bolnavului pe un loc central în intervenţia terapeutică are ca obiectiv reducerea presiunii şi efectelor sale nocive asupra organismului. Ea a impus utilizarea metodelor specifice sfătuirii, cum ar fi deprinderea abilităţii *rezolvării problemelor* pentru a uşura găsirea de soluţii, iar în situaţiile fără ieşire şi a inevitabilului, adoptarea de răspunsuri moderatorii, sanogenetice, ca resemnarea.

Rezolvarea problemelor creează premizele ameliorării calităţii vieţii şi contribuie la reducerea riscului de îmbolnăvire sau de agravare a bolilor deja existente, prin îmbunătăţirea modalităţilor de confruntare ale subiectului, a abilităţilor sale sociale, a capacităţii de înţelegere şi de cuprindere a existenţei, echilibrarea emoţiilor şi creşterea eficacităţii acţiunilor proprii.

9.2. DEFINIREA PROBLEMELOR

T. D'Zurila şi M. Goldfried [1980] definesc o problemă drept o "situaţie specifică sau un set de situaţii la care o persoană trebuie să răspundă pentru a funcţiona efectiv în mediul său". Termenul de problemă rămâne destul de vag.

După Petite Larousse en Couleurs [Hachette, Paris, 1972, pag. 743] "problemă este tot ceea ce este dificil de explicat sau de rezolvat". Acelaşi cuvânt este definit de Micul Dicţionar Enciclopedic [1978] drept "lucru dificil, greu de înţeles, de explicat sau de rezolvat" precum şi "chestiune teoretică sau practică de rezolvat". Dicţionarul Oxford [1977] îl caracterizează ca "o chestiune îndoielnică sau dificilă, greu de înţeles şi definit". Totodată, se vorbeşte de "provocarea pe care o resimte subiectul în obţinerea unui anumit rezultat, adesea în condiţii prestabilite".

Apar cel puţin 3 caracteristici ale oricărei probleme:

1) este greu de definit, de înţeles şi de interpretat de către subiect;

2) necesită rezolvare;

3) rezolvarea trebuie să se desfăşoare în condiţii care convin subiectului şi să ducă la un anumit rezultat.

Situaţiile întâlnite în practică pot fi acute. Acestea pot reprezenta evenimente de viaţă deja petrecute, cărora subiectul le suportă consecinţele sau evenimente care sunt în iminenţă, ameninţă să se producă, cum ar fi: rupturi în relaţiile interpersonale, divorţul, schimbarea serviciului, mutarea în altă localitate sau emigrarea. Toate implică un risc semnificativ de schimbare a existenţei.

Defectele fizice, bolile cronice, creează situaţii de handicap, dezavantaje cu care subiectul trebuie să se acomodeze, să conviețuiască şi să găsească resurse pentru a le depăşi influenţa, reconstruindu-şi o existenţă cât mai apropiată de normal. Necunoaşterea bolii, a cauzelor, a consecinţelor şi mijloacelor de combatere duce, de cele mai multe ori, la reacţii emoţionale severe şi la incapacitatea de adaptare la noua situaţie.

Dizarmoniile fizice înnăscute sau câştigate, generatoare de handicap cosmetic, chiar dacă nu afectează funcţionalitatea organismului, alterează imaginea de sine, iar prin fricile şi depresiile pe care le produc interferează cu edificarea de relaţii sociale şi exprimarea sexualităţii.

Numeroase alte probleme existenţiale sunt reprezentate de sărăcie, şomaj, lipsa de calificare profesională, lipsa de suport social din partea familiei, lipsa sau proasta calitate a locuinţei, absenţa familiei etc.

Problematica cea mai dificilă se plasează în sfera relaţiilor interpersonale şi este dominată de conflicte, de contradicţii interne, de oscilaţii între dorinţa de apropiere sau de evitare, competiţie, ambiguităţi etc. Convingerile, atitudinile sau comportamentele proprii par să fie judecate mult mai îngăduitor sau nici să nu fie percepute sau întrezărite de către subiect, datorită ecranărilor specifice psihicului uman. Descrierile clienţilor includ numeroase amputări produse de "viziunea de tunel". Distorsiunile pot fi, în parte, explicate cu ajutorul binecunoscutei "fereastre a lui Johari", care cuprinde 4 arii distincte ale conştientului versus inconştient.

A	B
Cunoscut de alţii	Cunoscut de alţii
Cunoscut de sine	Necunoscut de sine
C	D
Necunoscut de alţii	Necunoscut de alţii
Cunoscut de sine	Necunoscut de sine

Aria A este conştientizată, B este nesesizată de subiect, C este cea a gândurilor secrete iar D este zona inconştientului. Datoria profesionistului este de a aduce cât mai mult din materialul produs de client în zona A.

De obicei, subiecţii se prezintă cu una sau mai multe probleme reale, uşor de evidenţiat, ce pot fi caracterizate drept situaţii externe nefavorabile, care dau dimensiunea lor obiectivă, în timp ce dimensiunea subiectivă este reprezentată de reacţii caracterizate prin suferinţă, descurajare, neajutorare, dezorientare, incapacitatea de a lua o decizie de ieşire onorabilă sau prin răspunsuri exagerate, nepotrivite, patologice sau lipsite de logică.

De multe ori, reacţiile - componenta subiectivă - ţin de domeniul suferinţei "secundare", ce poate masca elementul primar obiectiv, nucleul adesea defectual, mult mai tăcut şi greu de depistat (vezi tulburările de învăţare înconjurate de un zgomotos halou de reacţii emoţionale şi comportamentale). Ierarhizarea corectă va permite abordarea cu prioritate a nucleului primar, urmând ca reacţiile proprii să fie moderate pe parcurs.

În patologia psihică infanto-juvenilă sunt aduşi adesea adolescenţi ce par victime sigure ale exagerărilor educaţionale parentale, ce trec pe primul plan, pierzându-se din vedere că acestea reprezintă numai răspunsuri faţă de schimbările biopsihologice pubertare, ca de exemplu: un real dezinteres şcolar, exacerbarea pulsiunilor sexuale, accentuarea nevoilor de mişcare, de sociabilitate, de exprimare a sexualităţii etc.

Dimensiunea şi chiar originea subiectivă a unei problematici greu inteligibile din afară, cum ar fi cea conflictuală, cea conjugală şi altele, îşi găseşte sensul dacă se ia ca punct de plecare interioritatea subiectului, generatoare a unui important număr de trăiri, atitudini, comportamente şi situaţii rezultate din stările de tensiune, frustrare, depresiune şi din răspunsurile de neutralizare a acestora. Punctul lor de plecare este neîndeplinirea sau împiedicarea satisfacerii nevoilor, aşteptărilor şi aspiraţiilor subiectului. Interpretarea lor prin prisma teoriei nevoilor contribuie la inteligibilitate şi aduce la lumină logica afectivă ascunsă. Multe dintre nevoi sunt greu de recunoscut şi de acceptat de către omul obişnuit, mai ales când frustrarea se exprimă la o intensitate psihopatologică.

Pentru înţelegerea lor A. Maslow [1970] a creat binecunoscuta piramidă în 5 nivele, la a cărei bază sunt plasate nevoile fiziologice, peste care au fost suprapuse nevoia de securitate, de apartenenţă şi de iubire, stima de sine şi nevoia de autoactualizare. Pentru A. Moreau [1995], nevoia generică de "a iubi şi de a fi iubit ", denumită astfel de E. Glaser [1976], creatorul "Terapiei Realităţii", ocupă primul plan, urmată de nevoile de a se simţi util, de afirmare, asertivitate şi putere, de securitate, de libertate. La împlinirea unei nevoi contribuie din plin satisfacerea altora, care creează importante precondiţii binc expuse în monografia "Autotherapie assistée" [1995].

Mai recent, H. Hoffman şi colab [1997] plasează la originea conflictelor neîndeplinirea nevoii de autonomie, pornind de la dependenţă ca termen generic, concretizat prin numeroase aspecte în dilemă ca: supunere versus autocontrol, îngrijire versus autarhie, conflicte legate de autoapreciere (narcisiste, de autoapreciere versus aprecierea obiectală), cele legate de vinovăţie (între tendinţele egoiste şi cele prosociale), la care se adaugă cele oedipale-sexuale şi cele asupra identităţii (identitate versus disonanţă).

Conflictele izvorâte din interioritatea cuiva se amplifică prin adăugarea răspunsurilor interacţionale din partea celorlalţi, creându-se adevărate cicluri de agravare, inteligibile prin prisma concepţiilor sistemice. Devine greu de stabilit "primum movens" al unor asemenea tulburări.

Din punct de vedere al medicului generalist, L. Gask şi Mc Grath [1989] selectează următorii pacienţi apropiaţi de sfera psihiatrică, potriviţi pentru o abordare centrată pe problemă:

1) pacienţi care prezintă boli psihiatrice evidente, al căror management este neclar:
   a) cei deprimaţi care nu au răspuns la tratamente anterioare;
   b) anxietatea nespecifică (inclusiv dependenţa la benzodiazepină);
2) pacienţi a căror arie de probleme a fost deja identificată. De exemplu:
   a) dificultăţi conjugale;

b) conflicte familiale;
c) abuzul de alcool sau de droguri;
3) pacienţi la care este suspectată o boală psihiatrică în fundal:
a) frecventare intensă cu multiple simptome;
b) durere cronică;
c) durere atipică pentru bolile cunoscute;
d) prezentare cu simptome fizice de cauze psihiatrice suspectate prin indicatori nonverbali.

De obicei, problemele cuiva sunt rezolvate prin abilităţile persoanei respective sau ale persoanelor din grupul său, care le evaluează împreună, le găsesc esenţa şi apoi soluţiile pe care le pun în aplicare. Rămâne o substanţială categorie de persoane care au nevoie de ajutor din afară pentru a obţine un rezultat satisfăcător, insuccesul fiind, în fapt, rezultatul unui deficit de abilităţi sociale.

Posibilitatea de rezolvare depinde şi de tipul de problemă întâmpinată. Faţă de cele îndelungate, cu puţine şanse de remediere ca: defectele fizice, bolile cronice etc., se constituie aşteptări mai mici. Din perspectiva modernă devine importantă îmbunătăţirea posibilităţilor de răspuns ale clientului în continua confruntare cu ele, chiar dacă nu se obţine eliminarea lor definitivă.

Altele ar putea fi depăşite, cel puţin teoretic, prin soluţii mai radicale, cum ar fi: divorţul, trecerea unui examen, schimbarea slujbei, reorientarea şcolară sau profesională, mutarea, dar de multe ori asemenea decizii trenează.

9.3. TEHNICA DE REZOLVARE A PROBLEMELOR

Sfătuirea, care utilizează metoda denumită "rezolvarea problemelor", consideră că încercările anterioare eşuate ale clienţilor sunt rezultatul unei abordări haotice, ineficiente, care trebuie înlocuită cu una mai sistematică, etapizată. Tehnologia, bine conceptualizată, denumită astăzi "rezolvarea problemelor" (problem-solving), a fost dezvoltată în cadrul terapiei cognitive [D. D'Zurilla şi M. Goldfried 1971, D. D'Zurilla şi A. Nezu 1980]. Ea a fost aplicată în domenii întinse, cum ar fi: psihiatrie, asistenţa socială [W.Reid 1980], în rezolvarea crizelor [K. Hawton şi colab. 1991], în management.

Au fost elaborate mai multe modele de rezolvare a problemelor, care conţin în principiu aceleaşi 5-6 etape de desfăşurare pe care G. Egan [1990] le-a rezumat la trei: definirea şi clarificarea problemelor, dezvoltarea scopurilor şi legarea scopurilor de acţiuni. Modelul descris de către R. Nelson-Jones [1990] are 5 faze denumite astfel: (1) descrierea, (2) operaţionalizarea problemelor, (3) stabilirea scopurilor şi negocierea intervenţiilor, (4) intervenţii şi, în final, (5) consolidarea abilităţilor de autoajutor, încheierea sfătuirii.

R. Velleman [1991] conceptualizează sfătuirea ca având şase stadii: dezvoltarea încrederii, explorarea ariei problemelor, ajutorul în stabilirea scopurilor, implicarea/împuternicirea pentru a acţiona, acordarea ajutorului în menţinerea schimbării, agreerea ca ea să se încheie. Un asemenea program necesită adaptări în raport cu domeniul de aplicare, cu modelele culturale şi categoria de profesionist implicată, cum de altfel s-a discutat deja în capitolele I şi II.

Pentru o reuşită este necesar să se treacă prin toate stadiile descrise, chiar dacă aceasta se face mai succint. Dacă intervenţiile se blochează într-un anumit stadiu, poate fi nevoie să se revină la primul stadiu al descrierii situaţiei, pentru a se verifica adecvarea ipotezelor şi, eventual, a se dezvolta noi variante.

9.4. DESCRIEREA PROBLEMELOR

De obicei, subiecţii aduc în discuţie aspectele îngrijorătoare ale existenţei lor, cu multe amănunte, în care se amestecă elemente ale situaţiei reale cu reacţiile lor şi răspunsurile altora, atribuirile proprii sau ale altora şi o cantitate apreciabilă de anxietăţi. Aprecierile lor sunt încărcate de subiectivitate şi reflectă punctul lor de vedere.

La început pot fi prezentate mai mult emoţiile şi răspunsurile corporale, precum şi unele aspecte superficiale ale problematicii. Abia după ce clientul a căpătat încredere, poate fi dezvăluită aşa-numita agendă ascunsă, adică motivele secrete ale frământărilor. Astfel, tânăra R. J. de 18 ani, aflată după o tentativă de suicid, îşi dezvăluie la început dezamăgirea provocată de infidelitatea prietenului ei, care a dus la o ruptură sentimentală. După câteva ore de ascultare, iese la iveală adevărata problemă neliniştitoare: o sarcină nedorită, despre care nu avusese curajul să se destăinuie cuiva.

Înainte de a trece la identificarea şi descrierea problemelor clientului, este necesar să aşteptăm o acumulare de date care să permită o imagine cât de cât de ansamblu asupra vieţii sale. Dificultăţile în dezvăluire apar dacă pacienţii pretind că nu pot să se gândească la problemele lor de viaţă până la vindecarea unor suferinţe agasante, cum ar fi: senzaţii neplăcute, parestezii, nelinişte, frici (mai ales cea de deplasare în spaţii deschise - agorafobia). Asemenea atitudini pot proteja clientul împotriva riscului de suferinţe suplimentare rezultate dintr-o confruntare cu realitatea existenţei lor.

Pentru a defini o problemă în toate dimensiunile sale poate fi nevoie de detalii suplimentare. Acestea pot fi obţinute printr-un interviu sistematic, din care să reiasă momentul şi circumstanţele în care a apărut, intensitatea ei, durata ei, consecinţele pozitive sau negative asupra subiectului, factorii care o întreţin şi reacţiile subiectului - emoţii, trăiri, gânduri, comportamente generate de situaţia respectivă, modul în care a încercat să rezolve problema şi rezultatele.

Definirea unei probleme, circumscrierea dimensiunilor ei, acordarea unui sens şi unei logici interne vizibile atât pentru terapeut cât şi pentru client sunt esenţiale pentru desfăşurarea procesului de sfătuire. Acest proces poate necesita eforturi suplimentare prin încadrarea într-un sistem explicativ mai eficient, precum şi prin furnizarea de informaţii clientului şi familiei sale.

Este posibil să existe nu numai o problemă ci un ghem încâlcit de aspecte care trebuie definite, ordonate şi stabilite conexiunile dintre ele.

9.5. SELECTAREA PRIORITĂŢILOR

După K. Hawton şi colab. [1991] clienţii pot fi divizaţi în două categorii:

1) aceia care s-au descurcat bine în general, dar acum nu mai reuşesc datorită unei situaţii deosebite, unei boli sau a dificultăţii problemei actuale. Ei au nevoie de un ajutor limitat, orientat către îmbunătăţirea conduitei faţă de situaţia respectivă. Lor le corespunde "orientarea către rezolvarea problemelor" aplicabilă majorităţii bolnavilor dar şi altora.

2) aceia care au slabe resurse adaptative şi care, până acum, în general nu s-au descurcat în viaţă. Ei au nevoie de un ajutor mai îndelungat şi mai complicat, fiind vorba de abordarea "orientată către persoană".

Iată exemplul unui cuplu cu multe probleme, descris de o elevă la cursul de sfătuire.

S-au încurcat la o vârstă mică, au trăit în concubinaj, nu aveau locuinţă, părinţii nu-i acceptau, trăiau în sărăcie, concubinul consuma alcool, în urma căruia făcea scandal, s-au despărţit, apoi s-au reîmpăcat pentru că ea depindea tot timpul de sfaturile sale, bune sau rele, şi trebuia să le urmeze.

Din relatarea unei asistente medicale se poate desprinde portretul robot al unei familii "fără noroc".

Am o vecină care, după ce a stat în şomaj, s-a obişnuit să stea acasă fără să mai aibă serviciu. Anii au trecut şi fiul său de 18 ani, influenţat de exemplul mamei, nu mai merge la şcoală şi nici nu vrea să muncească. Aşteaptă totul numai de la soţ şi ar fi în stare să cheltuie ei totul, inclusiv să mănânce toată mâncarea, dar să nu muncească. Am încercat să-mi sfătuiesc vecina, să-i arăt că nu este bine, să-i ofer posibilităţi de a se angaja. Tot timpul motiva că este bolnavă, că nu-i place, că este greu, că va fi prost plătită etc. Fiul său o imită. Recunosc că nu am putut să-i conving şi sufăr când îi văd trăind ca nişte paraziţi. Băiatul a început să comită delicte, să bea. Nu am reuşit nimic şi îmi pare rău.

În practică, poate fi abordată cu succes o singură o problemă odată, urmând ca celelalte să aştepte într-o anumită ierarhizare. Se cere aleasă cea mai presantă, care poate fi greu de identificat datorită avalanşei de informaţii şi detalii oferite şi care pot pigmenta un istoric ce începe cu ani în urmă. O întrebare de ajutor ar suna astfel: "De ce s-a prezentat tocmai acum clientul dacă are o problemă ce trenează de ani de zile?". Ea poate aduce clarificări asupra factorilor care au contribuit la acutizarea vechilor probleme.

Pe măsura înaintării în dezvăluire, se va ajunge la alcătuirea unei liste de probleme, care va trebui ordonată prin definirea priorităţilor de către client, eventual împreună cu familia sa, prin discuţii cu terapeutul. Identificarea priorităţilor se poate realiza utilizându-se criteriile lui M. Sundel şi S. Sundel [1975] precum urmează:

I. Alegerea problemei care stârneşte cele mai mari îngrijorări atât clientului cât şi celor din jur. Unul ar putea solicita reducerea irascibilităţii, altul ar dori recâştigarea încrederii familiei. Ca întrebări ajutătoare se constituie: "Care dintre probleme credeţi că ar trebui să fie prima atacată/rezolvată".

II. Alegerea problemei care, dacă nu este abordată rapid, are cele mai mari consecinţe negative. De exemplu, pierderea slujbei, a şcolii, a soţului/soţiei. Se procedează la evaluarea consecinţelor în situaţia în care nu se va reuşi rezolvarea. Acestea pot fi considerate drept pierderi majore şi, de aceea, ele primează în raport cu alte neplăceri ale vieţii. Pentru a deveni mai clară prioritatea se vor aprecia eventualele consecinţe negative.

III. Alegerea problemei care poate fi rezolvată cel mai uşor ca timp, include mai puţine dificultăţi şi pentru care există disponibilităţi din partea celorlalţi. E bine să se clarifice elementele care ar împiedica şi care ar uşura rezolvarea problemei alese.

IV. Rezolvarea problemei selectate devine o bază pentru abordarea altora. Dacă cineva este înspăimântat de examene, trebuie întâi să ia decizia de a se prezenta şi apoi ne vom preocupa de îmbunătăţirea metodelor sale de învăţare

Este de subliniat importanţa motivaţiei în angajarea unei acţiuni de rezolvarea a problemelor, care nu poate fi iniţiată numai din afară, împotriva voinţei subiectului. Construirea motivaţiei devine piatra de încercare a numeroase acţiuni de ajutor, sociale sau terapeutice.

În alt caz, subiectul a început procesul de restructurare psihologică terapeutică sub presiunea reacţiilor emoţionale insuportabile care au impus prezentarea la profesionist. Un tânăr inginer în vârstă de 31 de ani solicită o consultaţie pentru că are stări de nelinişte continue cu palpitaţii, ameţeli, cefalee, o stare de nerăbdare şi dorinţa de a fugi, de a pleca la o mânăstire, visând să se angajeze chiar ca muncitor necalificat, truditor la săpat pământul. Este total dezorientat în privinţa

vieții sale, nu înțelege cum de a ajuns în această stare, care pare a fi disperată, întrucât nu poate fi calmată prin medicamente.

Din descrierea vieții sale reiese că este fiu de țăran și, prin eforturi deosebite, a reușit să termine o facultate de instalații. A lucrat pe un post inferior, mai curând ca magazioner într-o întreprindere din orașul cel mai apropiat de familia de origine. Consideră că a fost util și că reușea să se descurce bine pe acel post modest. A trăit câțiva ani cu o prostituată care avea o fetiță, dar aceasta l-a părăsit și l-a dat afară din apartamentul ei. În prezent trăiește singur, într-o stare de provizorat. După ce a locuit câteva luni în satul natal, alături de părinții care îl criticau mereu, a revenit în oraș și s-a angajat ca ajutor de șef de echipă la o întreprindere de drumuri. Este foarte înspăimântat că șeful său ar putea să plece în concediu și el se va face de râs în fața muncitorilor datorită ignoranței sale în construcția de drumuri. Descrie o stare aproape continuă de panică. A întrerupt legăturile cu femeile întrucât se simte fără valoare și, în lipsa lor, se autosatisface, motiv pentru care se simte vinovat. Nu are prieteni pentru că el crede că nu are ce să le ofere, este incult, de altfel realmente limbajul său este departe de cel al unui intelectual. Solicită ajutor pentru starea de anxietate, celelalte aspecte ale existenței, deși extrem de greu de suportat, i se par de nerezolvat. I se pare că nu ar exista nici o ieșire, decât cel mult dacă s-ar retrage într-o mânăstire, departe de lume.

Problemele sale erau de sănătate, profesionale, sexuale, de inserție socială. Deși pacientul insista pentru o intervenție asupra sănătății sale, pentru un tratament mai bun, terapeutul a considerat ca fiind prioritară problema profesională și, în acest sens, s-a propus îmbunătățirea pregătirii sale. Inginerul se va documenta, va cumpăra cărți de construcție de drumuri, își va nota procedurile utilizate, rețetele de asfalt etc. Își va crește competența profesională, se va apropia de ceea ce înseamnă un inginer. Pentru aceasta au trebuit învinse fricile sale legate de proasta memorie. S-a sugerat utilizarea agendei, a notițelor, a rezumatelor și eforturi de învățare ca la școală, mai multe lecturi. S-a recomandat un anxiolitic minor.

Programul de reconstrucție a persoanei a fost pus în aplicare cu ajutorul unei psiholoage din orașul respectiv. A învățat să lucreze la calculator, să conducă automobilul, a devenit mai activ în întreprindere, a promovat. Și-a cumpărat o Dacie la mâna a doua. Simptomele de anxietate s-au estompat. Cu multă încurajare din afară a învățat să își câștige prieteni și și-a reluat viață sexuală firească. El rămâne totuși o persoană fragilă, întrucât noile deprinderi sunt de dată foarte recentă iar povara umilințelor anterioare apasă asupra sa.

9.6. IDENTIFICAREA FACTORILOR DE MENȚINERE A PROBLEMELOR

9.6.1. Un pas înainte este **operaționalizarea** problemelor, prin care se realizează identificarea și definirea operațiilor care mențin situația nefavorabilă.

De exemplu, Nela a avut mai multe episoade depresive cu idei de suicid, legate de relațiile tensive cu părinții săi, care o critică aspru pentru căsătorie, pe care ei o consideră nereușită, deși au trecut peste 15 ani de la nuntă. Decât să-și apere deschis căsnicia ea a preferat să tacă și să suporte stoic agresiunile familiei sau să reducă numărul întâlnirilor cu ei, fapt care a încurajat menținerea atitudinii critice a părinților. Declară că nu se simte în stare să aibă un dialog cu ei și preferă să se izoleze din ce în ce mai mult, ceea ce îi frustrează și mai mult pe părinți. Dragostea de părinți și vinovăția o împiedică să adopte o poziție mai rațională, mai asertivă.

Problemele pot să fie mai complicate când atitudinea dezadaptativă este susținută și de către alții, îndeosebi de familie. De exemplu, studenta care a învățat ca o nebună tot anul școlar, a obținut rezultate excelente și, în loc să profite de vacanță, a decis să mai urmeze o școală în timpul verii. Totodată, a început să învețe limba germană. Ea declară, la unison cu mama ei, că toată munca ei este făcută cu plăcere, în ciuda durerilor de cap atroce pentru care a venit. Școala suplimentară începută în vacanță ar produce "relaxare" în pofida cefaleei. Mama este mândră de studentă, care este premianta și geniul familiei, și afirmă că în ziua de azi nu poți să reușești în viață dacă nu ești foarte bine pregătit. Motivația reală a acestor excese pare să fie frica de eșec și nu plăcerea de a cunoaște, dar a recunoaște acest lucru este costisitor pentru stima de sine și aprecierea din partea părinților.

Într-un alt exemplu, o mamă ceva mai vârstnică, având 2 copii, se simte obosită și plictisită. Muncește toată ziua pentru cei din jur, nu se plânge nici soțului, pe care îl slujește și îl îngrijește ca pe un "prinț". Face toată treaba în casă, deși cele două fete ale sale au trecut demult de vârsta pubertății. Dacă vom comenta situația soției, se observă că ea și-a sumat prea multe răspunderi în viața familiei. Ei îi lipsesc abilitățile de a exprima propriile nevoi, de a apăra dreptul la o bucățică de viață personală, abilitatea de a negocia cu ceilalți membri ai familiei împărțirea corvezilor familiale, abilitatea de a găsi activități atractive, abilitatea de a se informa asupra spectacolelor și altor evenimente mondene, capacitatea de a-și asuma o schimbare.

Din cadrul său de referință actual, clientul nu identifică și nu înțelege problemele sale, nu le percepe esența, se află prins în capcana unor puncte de vedere neproductive. Totodată, el nu percepe vreo ieșire din situația menționată. De aceea el are nevoie de noi puncte de vedere, de un set de informații aproape de

miezul problemei, care să-i lărgească orizontul spiritual, să îi schimbe concepţia despre situaţie. În această etapă, sfătuitorul devine mult mai activ, împărtăşind informaţii şi folosind experienţa şi tehnica sa în slujba operaţionalizării. În plus, sfătuitorul va întreprinde o muncă de sinteză, pentru a găsi şi a reuni elementele comune ale plângerilor aparent dispersate ale subiectului. El va utiliza lista temelor importante stabilite anterior pentru identificarea deficitelor în abilităţi care le susţin. Pentru realizarea înţelegerii contribuţiei clientului la crearea problemelor sale, este necesar ca acesta să le perceapă dintr-o nouă perspectivă, dar să le şi judece după alte tipare, ceea ce poate însemna operaţiuni de prelucrare a gândirii. Din perspectiva cognitivă vor fi conştientizate regulile sale de gândire nerealistă, rigidă, ce stau în spatele comportamentelor de eşec.

Gândirea nerealistă poate conţine exigenţe, standarde, reguli de purtare exagerate sau nepotrivite, destinate clienţilor sau celor din jur şi a căror neîndeplinire poate genera suferinţă, depresiune, anxietate şi insucces. Nela a decis să nu-şi critice niciodată părinţii, să păstreze atitudinea unei fete model şi să nu-şi recunoască nici faţă de sine însăşi că ei se poartă inadecvat. Ea nu şi-a dezvoltat empatia internă care i-ar fi permis conştientizarea nevoii de a-şi apăra în mod deschis căsnicia.

Lipsa abilităţilor de afirmare socială, în cazul de faţă, a propriilor interese, poate duce la constituirea şi menţinerea unor comportamente lipsite de vigoare, având ca efect aservirea sau supunerea exagerată faţă de cei din familie, şefi, parteneri de afaceri, însoţite de depresie, reacţii fobice şi altele.

Dorinţa şi nevoia de a fi simpatizat de toată lumea duce foarte uşor la eşec şi ascunde deficitul de abilităţi în a se accepta fiecare aşa cum este, fără sprijin din afară. Este clasic cazul lui N. Ceauşescu, care avea nevoie de cantităţi din ce în ce mai mari de aplauze şi de semne de aprobare, scrisori, mesaje, poeme. Se spune că în serile de insomnie el îşi punea o bandă video cu manifestaţii în care primea necontenite aplauze şi care îi aduceau liniştea.

9.7. UN SISTEM EXPLICATIV MAI EFICIENT

Pentru a ajuta clienţii în procesul de conştientizare şi operaţionalizare este nevoie aproape întotdeauna de construirea unui sistem explicativ al dificultăţilor prezentate. Acesta poate fi elaborat într-un model teoretic bine stabilit (behaviorist, adlerian, analitic, tranzacţional etc.) şi va ţine seama şi de eventualele aspecte psihopatologice sau diagnostice medicale. Ipotezele rezultate din integrarea datelor de mai sus vor deveni un punct de plecare realist pentru realizarea unui program terapeutic adecvat. Fără ele intervenţia capătă un caracter haotic, fiind lipsită de perspectivă.

Pentru depăşirea impasului terapeutic, în cazul aparent banal al unui tânăr dezorientat, cu multe oscilaţii în alegerea profesiunii, a fost nevoie de o intervenţie specializată, cu o încadrare teoretică în analiza tranzacţională.

Caz clinic

Un tânăr de 21 de ani este revăzut după 2 ani de la tratamentul, cu oarecare succes, al unei stări fobice. A terminat cu bine liceul la seral. Relaţiile sale cu colegii au fost destul de reduse, este o persoană ceva mai izolată, dar care a reuşit să-şi facă o prietenă. Stă mai mult acasă. Este harnic şi foarte capabil. A reuşit să facă instalaţiile electrică şi de gaze ale casei sale, repară automobilul cu îndemânare. Deşi ar dori să urmeze o facultate, ambii părinţi fiind licenţiaţi, nu simte nici o atracţie faţă de studiu. Are o stare internă de tensiune, de nemulţumire. A încercat să se angajeze, dar a stat numai câteva ore şi a plecat din serviciu, motivând că "nu ştie" dacă merită efortul.

În timpul întâlnirii el este ofensiv şi asaltează terapeutul cu întrebări nenumărate care încep cu "de ce?". Doreşte explicaţii dar este nemulţumit de ele. Familia este antrenată şi ea în explicaţii cu privire la sensul vieţii şi la motivul pentru care ar trebui să studieze. În pofida explicaţiilor repetate, el rămâne profund nemulţumit şi repetă: "Dacă cineva mă poate convinge atunci îmi voi schimba atitudinea!". La un moment dat pare convins de argumentaţia pasionată a celorlalţi şi promite că se va apuca de învăţat pentru facultate. În următoarele şedinţe i se dau sfaturi cu privire la modul în care ar trebui să-şi organizeze pregătirea şi rezistenţele par depăşite. Între timp se mai face o încercare de angajare ca vânzător la PECO, care eşuează din prima jumătate de oră.

Este revăzut după câteva luni. Deşi venise cu părinţii la Bucureşti să se intereseze de examenul de admitere, după obţinerea informaţiilor renunţă la facultatea respectivă şi reîncep întrebările în legătură cu sensul vieţii, rostul învăţăturii, avantajele şi dezavantajele respective. Mama, care îl însoţeşte, devine exasperată, solicită ajutor în argumentaţie şi o medicaţie care să-i "întărească voinţa".

Ea este convinsă că adolescentul este bolnav, pentru că numai un om bolnav poate proceda astfel. Se reiau descrierile stării sale din copilărie, din care reiese că ar fi fost fragil încă de pe la 14 ani şi a avut nevoie de multă îngrijire până la terminarea liceului. În timpul discursului matern zâmbeşte satisfăcut, deşi aparent pune continuu aceleaşi întrebări, într-un stil precipitat impulsiv, cărora interlocutorii nu reuşesc să le facă faţă. Ei nu mai ştiu cum să formuleze răspunsuri pentru a se face să înţeleşi.

În fapt, întrebările sale constituiau un joc psihologic bine structurat, descris în cadrul analizei tranzacţionale sub denumirea "da, dar...". În prezenţa mamei sale, terapeutul îi comunică subiectului că preocupările sale sunt mult mai puţin

filosofice decât par şi reprezintă componenta unui joc psihologic pe care îl practică cu mare succes cu cei din jur.

Pe el îl interesa cum să-i încuie pe ceilalţi, atrăgându-i în capcana întrebărilor retorice, care îi obliga să îl "învețe", în virtutea rolului de "salvator" asumat de mamă cu devotament de mulţi ani. Arătându-se nemulţumit de calitatea explicaţiilor, el învingea întotdeauna şi continua să trăiască inactiv, întrucât "nu merita" să se angajeze în vreo activitate. Poate cu mai puţin zel, tatăl a adoptat acelaşi rol, fiind un mare furnizor de explicaţii şi sfaturi. În mod surprinzător tânărul a recunoscut caracterul de joc al comportamentului său şi a declarat cu mândrie că "pe mine nu mă poate convinge nimeni".

Odată conceptualizat jocul respectiv, a reieşit clar că sfătuirea individuală destinată unui tânăr dezorientat profesional este prea simplistă şi că este nevoie de o intervenţie de grup, după modelul analizei tranzacţionale. După aceea, băiatul a renunţat la jocul întrebărilor, a devenit mai interesat de societate, a mers la discotecă, dar nu a găsit serviciu. Părinţii îl scuzau, afirmând că în oraşul respectiv nu se găsesc slujbe corespunzătoare, patronii sunt răi, nu îi respectă pe angajaţi. La o nouă încercare de angajare la un atelier mecanic, tânărul a stat numai o oră şi a revenit acasă, reclamând atitudinea patronului care, de altfel, îl invitase la o cafea. Mama sugera că băiatului i s-a făcut frică, demisia sa reprezentând expresia unei boli psihice. În fapt, el se simţise jignit, umilit, pentru că nu fusese pus la o muncă "mai corespunzătoare "cunoştinţelor sale.

Pentru a-i evidenţia dezinteresul pentru muncă, terapeutul a introdus ideea că tânărul adoptase poziţia copilului "teribil" pe care părinţii o susţineau involuntar prin grija exagerată şi bani de cheltuială din belşug. Ei adoptaseră rolul simetric al părinţilor ideali, dispuşi la orice sacrificiu. S-a arătat că asemenea poziţii şi jocuri psihologice pot să dureze o viaţă, fapt care a şocat realmente grupul. Tânărul a replicat că îşi va lua serviciu numai după moartea lor. "Atunci va vedea el ce va face!".

La o asemenea afirmaţie, părinţii au rămas complet debusolaţi şi băiatul a continuat afirmând că el nu mai are nevoie de sfaturi la vârsta lui şi că situaţia actuală nu ar fi existat dacă ei ar fi fost mai severi, obligându-l să muncească.

"Înţelepciunea" tânărului a fost interpretată ca făcând parte din jocul de-a "părintele", prin care îi plasa pe ceilalţi în rolul de copil, învinovăţindu-i pentru lenea şi indolenţa sa şi pretinzându-le acestora să se "schimbe". Terapeutul a corectat aserţiunile fiului, considerând că problema viitorului său îi aparţine. Fiecare trebuie să se ocupe de afacerile sale, fără a atribui responsabilitatea reuşitei sau nereuşitei sale altora.

Percepând o oarecare critică în afirmaţiile terapeutului, mama sa a intervenit imediat, arătând că de câtva timp băiatul ei este harnic. El citea cu mult sârg

psihologia şi anatomia, deşi ratase începutul unui program de meditaţii sistematice cu un profesor. El învăţa pentru ca "să ştie", ca o îndeletnicire de timp liber. Hărnicia aparentă a fost interpretată drept o manevră de a reduce din culpabilitatea faţă de sine şi faţă de familie în raport cu lipsa evidentă de interes faţă de viitor.

Ulterior, clientul a revenit singur pentru o evaluare a aptitudinilor sale profesionale, care păreau să încline către construcţii şi instalaţii. Munca în regie proprie părea mai potrivită pentru o fire independentă ca el, cu amor propriu exacerbat şi tendinţe impulsive. Dată fiind slaba rezistenţă în faţa obstacolelor, este greu de spus dacă ar reuşi să urmeze o facultate. Aceasta ar depinde nu numai de voinţa sa ci şi de câştigarea unor deprinderi de muncă.

S-a propus să se înceapă cu structurarea existenţei, el neavând până atunci nici o obligaţie stabilă în viaţa familială. După 3 luni familia notează o schimbare substanţială de atitudine a clientului către maturizare, cu toate că mama sa nu se putea desprinde de imaginea de invalid, întrebând repetat dacă nu este necesară o internare, un tratament mai forte. Tatăl a început să se impună. În final, au reuşit să îl înscrie la o şcoală postliceală de turism, unde învaţă acceptabil. Cazul este încă în desfăşurare.

Aşa cum reiese din cazul respectiv, pentru deblocarea procesului de îndrumare a tânărului a fost nevoie şi de câteva şedinţe de analiză tranzacţională, care au permis trecerea de la rolul de copil neştiutor către cel de adolescent responsabil pentru destinul său.

Conceptualizarea în cadrul unui model teoretic bine definit (ca analiza tranzacţională) a permis elaborarea unui sistem explicativ de bună calitate. În absenţa lui se poate umbla orbeşte într-o lume incomprehensibilă atât pentru pacient cât şi pentru terapeut.

Analiza tranzacţională permite progresul către definirea unui **repertoriu de intervenţii** potrivite cazului, care să acopere cât mai bine nevoile clientului şi, posibil, ale familiei sale.

9.7.1. Informarea şi pregătirea psihologică. Pentru a se realiza o schimbare, problemele vieţii ar trebui înţelese dintr-o prismă nouă, diferită de cea anterioară, ceea ce depăşeşte de multe ori cunoştinţele actuale ale clientului şi familiei sale.

Completarea lor prin informaţii de psihologie personală şi socială permite înţelegerea mai bună a celor spuse de terapeut şi contribuie la formarea unei noi imagini asupra situaţiei. În cazul persoanelor suferinde de diferite afecţiuni, există o presantă nevoie de informaţii, recunoscută şi consemnată în statutul bolnavului prin referinţa la "consimţământul pe deplin informat", necesar în prezent pentru iniţierea unui tratament sau angajarea unor proceduri de diagnostic cu risc.

Informaţiile acordate bolnavilor sunt, de obicei, personalizate, concentrate asupra bolii sale, a consecinţelor sale asupra existenţei clientului, a pronosticului şi tratamentului. Ele sunt oferite, de obicei, de către medic în timpul discuţiilor cu bolnavul somatic. Această datorie profesională a fost extinsă în ultimele decenii şi la cei suferinzi de tulburări mintale. Astfel, recomandările OMS [1996] pentru medicii de familie includ în lista intervenţiilor următoarele: informarea bolnavului şi a familiei sale, sfătuirea, medicaţia şi indicaţiile pentru trimiterea la psihiatru.

Aceste informaţii pot fi completate prin materiale standard, broşuri sau cărţi de popularizare destinate persoanelor suferinde şi familiilor lor, referitoare la anumite boli cronice, cum ar fi cele cardiovasculare, diabet, bolile hepatice, epilepsie etc. la care s-au adăugat în ultimul timp şi cele despre schizofrenie, depresie, fobii, obsesii sau unele stări emoţionale ca timiditatea, gelozia etc.

Aceste materiale aduc autoritatea cuvântului scris şi asigură pacientului sau clientului o poziţie de oarecare competenţă în afecţiunea sa, reducând din frica de boală. Ele reprezintă o verigă educativă esenţială în tratamentul modern al bolilor dificile. Digestia noilor cunoştinţe este de multe ori anevoioasă, fiind nevoie de discuţii, lămuriri şi confruntări ale experienţelor personale cu noile cunoştinţe. În final, clientul devine mai competent şi va aprecia mai corect partea care îi revine lui însuşi în tratarea bolii sau în rezolvarea problemelor sale. Furnizarea sau obţinerea de informaţii suplimentare devine fundamentală în alegerea unei profesiuni, în găsirea şi câştigarea unui loc de muncă [R. Nathan, R. Hill 1994].

Viitorul program terapeutic dedicat rezolvării cu succes a problemelor personale poate cuprinde pregătirea psihologică sistematică, învăţarea individuală sau în grup a unor tehnici adaptative ca afirmarea de sine (asertivitatea), însuşirea tehnicii de persuasiune, de rezolvare a conflictelor, îmbunătăţirea abilităţilor sociale, administrarea crizelor, reducerea anxietăţii şi a altor emoţii blocante, utilizării relaxării, a rezolvării problemelor.

În ultimele decenii s-au scris nenumărate monografii, broşuri, consacrate "autoterapiei", cum este cartea lui Andre Moreau intitulată "Autoterapia asistată" [1995], care introduce cunoştinţe de psihologie personală şi socială precum şi exerciţii de asimilare a unor tehnici de intervenţie destinate publicului larg şi celor aflaţi în impas. Fără sprijinul profesioniştilor, asimilarea unor asemenea cărţi pare greu de realizat, întrucât presupun o mare putere de voinţă şi perseverenţă, ceea ce clienţilor, de multe ori, le lipseşte.

Pregătirea psihologică suplimentară va înarma subiectul cu mijloace de acţiune adecvate care să îi corecteze deficitele de abilităţi şi să prevină viitoarele crize. De altfel, ţelul final al procesului modern de sfătuire este trecerea de la o primă fază de ajutor din afară către etapa de autoajutor, în care clientul, singur sau împreună cu familia sa care, cu sprijinul terapeutului, au învăţat şi au experienţiat modalităţile potrivite de răspuns, vor şti ce să facă în situaţii similare în viitor, fără sprijin din afară.

Importanţa perfecţionării psihologice a persoanei umane ca premiză a realizării şi fericirii în viaţă, a fost sesizată încă de la începutul secolului trecut în alte ţări şi îndeosebi în cele anglo-saxone, ceea ce a dus la apariţia unor instituţii specializate destinate studiului succesului şi a mijloacelor de a-l obţine. Este cunoscut rolul Fundaţiilor Carnegie şi Rockefeller în apariţia unei serii întregi de lucrări, al cărui cap de serie este reprezentat de cartea "Arta de a reuşi în viaţă" a lui Dale Carnegie.

În România, absenţa pregătirii psihologice de bază din cadrul sistemului educaţional obişnuit din mass-media şi din viaţa publică constituie un handicap substanţial, resimţit atât în viaţa personală cât şi în cea socială, ceea ce implică necesitatea acordării unei ponderi mult mai mari acestei componente a procesului terapeutic.

În practică, în relatările clienţilor adulţi sau ale aparţinătorilor, ale părinţilor copiilor cu probleme psihiatrice, în expunerea conflictelor de familie şi a altora, se remarcă sărăcia de termeni psihologici, necunoaşterea trăsăturilor de personalitate, de caracter, chiar a celor expuse de clasici, sincretismul şi stereotipia expresiilor, neînţelegerea motivaţiilor, a firii şi a subtilităţii native a acţiunilor umane, a emoţiilor. Toate acestea conduc la impresia mai generală de naivitate, de lipsă de diferenţiere psihologică, surprinsă de un celebru politolog român, care nu ţine neapărat de gradul de cultură şi de inteligenţă ci rezultă din lipsa izbitoare de cunoştinţe, din absenţa formării şi a reflexiei filosofice în spaţiul psihologic. Pe plan social, asemenea carenţe reprezintă solul propice pentru diferite acţiuni de manipulare, care au drept scop luarea aparenţelor drept realităţi şi la reacţii disproporţionate asupra unor ţinte false.

Un exemplu ce include mass-media este dat de "criza porcilor" din ianuarie - februarie 1997. Brusc au apărut imagini la televizor asupra situaţiei apocaliptice din combinatele de stat, în care se anunţa moartea iminentă a unui milion de porci datorită lipsei de hrană. Imaginile repetate obsedant, cam aceleaşi mereu, erau însoţite de comentarii din care reieşea că porcii au murit şi vor muri din cauza guvernului, care refuza subsidii generoase. Întreaga mass-media a început o campanie agresivă de presiuni, menite să creeze culpabilitate guvernanţilor şi să ofere mult râvnitele fonduri. A mai fost şi o demonstraţie în capitală, în care muncitorii respectivi împărţeau porcii trecătorilor, probabil pentru a câştiga popularitate. Printre demonstranţi nu se afla nici un director sau contabil şef ci numai muncitori necalificaţi şi o preşedintă de sindicat vizibil emoţionată.

La televiziune, de asemenea, nu a apărut nici un director sau contabil şef care să explice cum a fost gestionată averea statului şi cum s-a ţinut seamă de rigorile legilor economice care nu permiteau înmulţirea nemăsurată a porcinelor în absenţa unor resurse corespunzătoare de furaje, motivele pentru care s-au făcut acumulări pe stoc prin refuzul comercializării imediate a animalelor excedentare şi

stomacului şi, în final, răcoarea frunţii. După învăţarea primului exerciţiu, al greutăţii, durata exerciţiilor se prelungeşte la 3-4 minute fiecare.

Treptat, învăţarea trainingului autogen este lăsată pe seama grupului de pacienţi. Cu instructorul se va discuta numai despre calitatea exerciţiilor efectuate, care se consemnează descriindu-se senzaţiile obţinute, alături de data şi ora realizării. Ele va fi efectuate în mod regulat de două ori pe zi. La întâlnirile săptămânale se introduc noile exerciţii, se discută asupra efectelor scontate şi asupra evoluţiei procesului de învăţare. Se propune realizarea normalizării reacţiilor vegetative, corectarea reflexelor condiţionate greşite, generarea de sentimente de linişte, distanţarea faţă de conflictele sufleteşti, se evidenţiază legătura dintre emoţii şi simptome.

După ce au fost asimilate toate exerciţiile, se face o evaluare finală a rezultatelor şi, eventual, se propune un program individualizat. Trainingul autogen poate fi completat cu alte forme de psihoterapie individuală sau de grup. Un număr ridicat, de 30-40% din pacienţi, abandonează exerciţiile încă din primele ore, mai ales cei care au avut aşteptări exagerate, cei pensionaţi de boală.

Terapia autogenă [J de Rivera 1997] este de mare utilitate în psihosomatică, în special când subiectul prezintă trăsături alexitimice. În cazul nevrozelor, ea este indicată când există cel puţin două din trăsăturile următoare:

- o importantă componentă de anxietate/angoasă liberă, fără fixare într-un sistem defensiv specific (fobii, obsesii, ritualuri);
- angoasă existenţială, caracterizată prin incertitudine, senzaţia de absenţă a sensului vieţii propriei persoane, a ocupaţiilor, a intereselor personale;
- preocuparea excesivă cu ideea morţii;
- somatizări frecvente şi variate;
- conflicte bine apărate prin formare reacţională de tip oral dependent, alcool, droguri, obezitate etc.;
- istoric de traume psihice sau emoţionale.

Comitetul International de învăţare şi aplicare clinică a psihoterapiei autogene a stabilit următoarea listă de contraindicaţii relative şi absolute. Cele relative se referă la:

- persoane fără motivaţie în a aplica exerciţiile într-o manieră adecvată;
- imposibilitatea controlului de calitate al simptomelor prin exerciţii;
- nesiguranţă în diagnostic;
- afecţiuni psihice majore ca oligofrenia şi episoadele psihotice acute de schizofrenie;
- vârsta mică, sub 5 ani.

Contraindicaţiile absolute sunt legate de riscul producerii unor modificări negative, funcţionale sau chiar organice, în următoarele situaţii:

1) Riscul iminent de infarct de miocard; exerciţiile pot agrava starea cordului prin descărcările emoţionale agresive scăpate de sub control, reprimate anterior. Unii autori, experimentaţi în practica trainingului autogen, consideră însă că în infarctul miocardic este posibilă intervenţia psihoterapică precoce de acest tip.

2) Creşterile paradoxale ale hipertensiunii arteriale în timpul exerciţiilor de relaxare. De aceea, în primele şedinţe de relaxare trebuie monitorizată tensiunea arterială.

3) Diabetul instabil, prost controlat, întrucât se poate stimula creşterea glicemiei.

4) Bolnavii cu tendinţe marcate către hipoglicemie care suferă de vertigii în mai mult de 3 şedinte consecutive.

5) Cei cu glaucom, la care creşte tensiunea oculară în primele săptămini de tratament.

6) Reacţiile psihotice de involuţie.

7) Tulburările disociative non-psihotice, stările de depersonalizare, de somnambulism, fugile sau stupcarea isterică, dubla personalitate.

10.3.1.3. Biofeedback-ul [M. Raskin şi colab., 1973] realizează monitorizarea continuă a stării sale de relaxare de către subiectul însuşi cu ajutorul mai multor procedee de înregistrare, care dau informaţii optice sau sonore. Au fost realizate aparate EEG de înregistrare a ritmului alfa, subiecţii fiind învăţaţi să-şi inducă şi să menţină acest ritm de repaus. Alte proceduri se concentrează asupra rezistivităţii electrice a pielii, permiţând evaluarea stării de emotivitate, altele înregistrează prin intermediul electromiogramei gradului de contractură/relaxare musculară.

Aparatele respective devin apoi însoţitoare ale persoanelor respective. Rezultatele sunt cu atât mai bune cu cât se propune o sarcină mai limitată, precisă. Procedura de biofeedback se învaţă mult mai repede şi cu succes datorită posibilităţii de control al gradului de relaxare

10.3.2. Indicaţiile relaxării musculare. S-au tratat cu succes prin relaxare cefaleea frontală sau occipitală prin contractură musculară, hipertensiunea arterială uşoară, migrenele, aritmiile cardiace, insomniile, crampa scriitorului, bruxismul, vaginismul. Prin reducerea componentelor vegetative ale anxietăţii, procedurile de relaxare sunt foarte utile la cei expuşi situaţiilor stresante, de neînlăturat din viaţa reală. Cei care suferă de frica de a vorbi în public, de trac, pot fi învăţaţi să se relaxeze înainte de a începe expunerea.

Ea fost utilizată şi în pregătirea naşterii naturale "fără dureri". Relaxarea ajută şi pe cei care au dificultăţi în a-şi controla mânia sau tensiunea generată de situaţii frustrante, mamele enervate de ţipetele sugarilor lor. Indicaţiile terapeutice

lipsa măsurilor de reducere a cheltuielilor şi restructurare. Cu resursele existente ar fi putut foarte bine să crească un număr mai mic de animale viguroase, să realizeze cicluri de producţie accelerate prin vânzarea rapidă a produselor cu o mult mai bună rentabilitate economică.

Lipsa cunoştinţelor psihologice şi economice de bază, atât în mass-media cât şi la nivelul populaţiei, ignorarea legii, a consecinţelor logice, toate rezumate foarte bine în proverbul "capul face, capul trage", au dus la o reuşită campanie de diversiune psihologică, de manipulare, prin care vinovăţia a fost atribuită altora, iar vinovaţii şi-au ocupat comod locul de victimă.

Exemple de acest tip sunt nenumărate şi par să fie rezultatul lipsei gândirii mature, independente, capabile să distingă interesele, să priceapă dedesubturile, să respingă explicaţiile paravan şi să găsească drumul către o adaptare socială echilibrată, sănătoasă şi de succes, rezultată din percepţia corectă a realităţii în profunzimea ei.

O creştere a cunoştinţelor de psihologie socială ale clienţilor şi familiilor lor poate contribui la dezvoltarea unei viziuni personale optimiste, mai pozitive asupra existenţei. Cunoaştinţele şi abilităţile psihologice constituie excelente paveze împotriva disperării. Nu avem nevoie de fiinţe rănite la tot pasul ci de persoane de succes, care reuşesc să folosească situaţiile, fie ele şi nefavorabile.

Printr-o mai bună pregătire psihologică în şcoală şi în societate, fapt petrecut deja în multe societăţi evoluate, viaţa poate deveni mai de înţeles, mai puţin stresantă, cu mai puţine ciocniri şi dezamăgiri. Prin prisma ei, soarta de care se plâng atâţia oameni nu mai este un conglomerat orb de situaţii nefericite, nefavorabile, faţă de care ei nu au nici o armă. Înainte de a trece la etapa de dezvoltare a intervenţiei psihoterapice, trebuie parcurse mai multe momente intermediare.

9.8. LUCRUL CU CLIENTUL

Acesta va avea mai multe obiective.

- Însuşirea sistemului explicativ propus, cu dezvoltarea unor percepţii diferite faţă de cele anterioare. Clienţii şi-au dezvoltat un sistem propriu de logică afectivă, ancorată foarte solid în experienţele nereuşite anterioare (pe care le consideră drept etalon), din informaţii de slabă calitate sau greşit interpretate. Ei se referă la sine, la alţii şi la problemele existente. Opiniile lor sunt absolutizate, subiecţii tratându-le ca pe nişte copii dragi, de care le este foarte greu să se desprindă, oricât de greşite ar fi ele. Procesul de desprindere este lent şi, mai întotdeauna dureros, întrucât clientul poate avea impresia că este pusă în discuţie chiar personalitatea sa. De aceea, dezvoltarea unei percepţii diferite asupra problemei este o activitate laborioasă.

Noul set de informaţii care amorsează schimbarea poate să provină de la:

- informaţii scrise, broşuri, cărţi;
- consultul unui specialist reputat (cum ar fi un genetician) în vederea obţinerii sfatului genetic;
- Întrebări ale sfătuitorului care explorează alte modele de percepţie ale problemei. Exemple: "Ce păreri au despre situaţie alte persoane din jur?" sau "Ce alte soluţii au fost propuse?"; "Dar Dvs. v-aţi gândit şi la alte purtări, poate la alte rezolvări?"; "Este posibil să găsiţi alte moduri de comportare?" şi "Ce ar trebui ca să le puneţi în aplicare?" etc.
- Discuţii asupra punctelor de vedere introduse de către client cu solicitarea de a le argumenta şi a se aduce în discuţie situaţii în care a reuşit să arate o anumită tărie. De exemplu, subiectul afirmă că nu are curajul să iasă pe stradă fără să fie însoţit şi descrie multe ocazii în care nu a reuşit, dar nu de mult a fost plecat să-şi plătească impozitul şi s-a descurcat singur foarte bine. Atunci s-a străduit să se gândească la aspecte interesante pe care le-a văzut pe stradă, utilizând fără să ştie o metodă de management al anxietăţii.

Noua viziune oferită de către sfătuitor poate fi total opusă. Cu cât ea este mai îndepărtată, cu atât este mai dificil de acceptat şi necesită o perioadă mai mare de digestie mintală şi prelucrare. Ea poate să creeze panică deoarece clientul simte că îşi pierde interpretările sale anterioare prin care îşi crease un oarecare control cognitiv asupra situaţiei. Pierderea apărărilor, explicaţiilor, alibiurilor, a motivaţiile anterioare poate lăsa subiectul într-o stare de neajutorare mai mare decât cea iniţială. De aceea, odată cu introducerea de noi interpretări, se impun menajamente şi răbdare, urmărindu-se nu numai răspunsurile verbale ale clientului - care devin precipitate, tensive, dramatice -, ci şi mimica şi chiar gesturile sale, ce exprimă chiar mai elocvent starea sa emoţională. Introducerea noului punct de vedere poate fi realizată insidios, foarte lent, "pipetată" sau brutal, grosolan, după modelul Gestalt-terapiei în raport cu tăria Eului, cu capacitatea sa de a suporta noutăţi, cu starea sa emoţională dar şi cu resursele grupului.

Se pot diferenţia cel puţin 2-3 modalităţi de comunicare a punctului de vedere al terapeutului.

Modelul protectiv corespunde psihologiei societăţii româneşti, care preferă să nu se confrunte direct cu problemele, preferând amânările, aluziile menite să strecoare îndoiala, aşteptând un lung interval până să se realizeze pregătirea psihologică pentru schimbare. Acest model este potrivit celor zdrobiţi, depresivi, cu stări de anxietate accentuată.

Modelul direct, utilizat în Statele Unite ale Americii precum şi în alte ţări, presupune comunicarea directă a unui punct de vedere, chiar dacă acesta este foarte dureros (cum ar fi, de exemplu, un diagnostic de cancer) precum şi a evaluărilor cât mai exacte asupra speranţei de supravieţuire. Dincolo de impactul emoţional, foarte puternic, el oferă subiectului şansa unei restructurări mult mai rapide curmând incertitudini epuizante.

Există şi o variantă **"dramatică"**, de utilizat la tinerii cu tendinţă la delicvenţă, la cei pasionaţi de jocuri, la psihopaţi, la răsfăţaţii care se complac în imaturitate emoţională, cu toţi aceşti subiecţi este firesc să se ajungă la un limbaj direct, de o anumită onestitate, fără ocolişuri, la o discuţie cu "cărţile pe faţă". Înainte de a angaja o discuţie restructurantă, menită să deschidă rezolvarea problemei într-un mod nou, este necesară evaluarea capacităţii clientului de a o suporta.

Varianta dramatică conduce la riscuri semnificative, datorită reacţiilor emoţionale consecutive, cu posibilitatea agravării dezechilibrelor biologice, ce pot duce chiar la decesul clientului (vezi infarctul de miocard), prin discutarea problematicii adaptative, interpretările sau confruntarea, comunicarea veştilor proaste la bolnavii somatici. În prezent, în faza acută, accentul este pus pe atitudinea suportivă şi protecţie, menite să reducă panica şi depresia vitală ce pot însoţi asemenea afecţiuni. R.Velleman [1991] insistă şi asupra protecţiei pacientului alcoolic, vulnerabil faţă de abordările frontale ce îi stimulează apărările. Pentru alcoolic este infinit mai utilă o discuţie de pe o poziţie discretă şi mult mai neutră. Bolnavul cu addicţie suportă extrem de greu discuţiile critice, mai ales dacă se află în stadiul precontemplativ, este nevoie de maximum de protecţie din partea terapeutului.

Pentru definirea stilului de discuţie de adoptat este nevoie de stabilirea capacităţii de suportabilitate a clientului prin evaluarea tăriilor şi resurselor, a slăbiciunilor, a sensibilităţilor şi a limitelor sale biologice, psihologice sau sociale. Problema atribuirii responsabilităţii ascunde capcane, întrucât, de multe ori, aparenţele înşeală. De aceea înainte de orice "deschidere" spre restructurare trebuie realizată o conceptualizare riguroasă, ceea ce va permite obţinerea unei imagini de ansamblu asupra clientului şi evitarea unor greşeli de nereparat.

Deşi o conceptualizare timpurie a cazului este ideală, ea nu poate să rămână în cadrul fixat de la început, ci va evolua pe măsura desfăşurării procesului terapeutic în raport cu noile elemente apărute pe parcurs, atât în şedinţele de psihoterapie cât şi între ele.

Odată creată o nouă viziune asupra situaţiei, un nou set de explicaţii asupra vieţii, problema fiind circumscrisă în toate dimensiunile sale, se poate trece la etapa de acţiune, caracteristică tehnicilor de sfătuire, care implică operaţii adiţionale, printre care şi definirea operaţională a problemei. Această etapă presupune elaborarea unui set de ipoteze pe baza cărora se vor stabili scopurile şi mijloacele de intervenţie

9.9. DEFINIREA OPERAŢIONALĂ A PROBLEMEI

Aceasta va porni de la informaţiile oferite de client şi va fi formulată împreună cu el. Ea va fi clară, succintă şi va fi nemijlocit legată de aspectele cărora el le-a acordat o atenţie mai mare. Se vor evidenţia deficitele de abilităţi care au

creat şi care menţin problemele. Constituind fundamentul unei situaţii, ele trebuie să fie clar şi succint definite, să fie esenţiale, realiste. Dacă sunt mai multe, cele care vor deveni ţinta viitoarelor intervenţii vor fi selectate împreună cu clientul.

În etapa de elaborare va fi luată în seamă orice ezitare sau nemulţumire din partea clientului. Ea impune analizarea reţinerilor sale şi revenirea la reformularea problemei, până când clientul găseste o satisfacţie deplină şi se simte înţeles. Este o operaţiune de mare finete. Orice greşeală poate duce la sabotarea planurilor fie şi inconştientă de către client..

Odată definită problema, formularea scopurilor în vederea soluţionării sale este relativ simplă [după R. Carkhuff 1987] metoda fiind de a întoarce problema pe dos. Astfel, dacă cineva suferă de o timiditate excesivă într-o situaţie, scopul tratamentului va fi să se elimine timiditatea. În prealabil, se va stabili dacă este o timiditate generalizată sau una situaţională şi dacă problemele subiectului se rezumă la sfera timidităţii sau se extind şi în alte domenii. De asemenea, se va aprecia ce resurse are pentru a o depăşi.

Pentru a fi îndeplinite cu succes, scopurile ar trebui să fie cât mai specifice, precise şi limitate. Bine definite, ele pot fi evaluate cu acurateţe şi, odată realizate, creează senzaţia de eficacitate atât clientului cât şi terapeutului. Cele generale, formulate în termeni vagi cum ar fi: "îmbunătăţirea capacităţii adaptative", "un mai mare succes social" etc. sunt lipsite de posibilitatea de a fi măsurate. Ele pot da impresia înaintării în gol, lipsind subiectul de satisfacţia împlinirii. Astfel, un subiect cu anxietate faţă de examinare ar putea să aibă următoarele deficite de abilităţi: 1) nu obţine informaţii despre ce se cere la un examen; 2) nu ştie să îşi ordoneze materia pentru a avea o anumită omogenitate în cunoştinţe, capitolele slab cunoscute trebuind abordate de la început; 3) nu ştie să-şi planifice timpul de învăţat, impunându-şi un volum prea mare de lucru odată.

Scopurile derivate sunt reversul abilităţilor deficitare şi anume: 1) îmbunătăţirea obţinerii informaţiilor despre examenele viitoare, 2) să înveţe să-şi ordoneze materia pentru a obţine omogenitate în cunoştinţe, 3) să înveţe să-şi planifice mai echilibrat timpul de învăţat.

9.10. DEFINIREA INTERVENŢIILOR

Aceasta este o operaţiune esenţială. Odată deschisă problema restructurării, rămân de luat în considerare şi reacţiile clientului faţă de acest subiect. Lipsa sa de interes, reţinerile sale faţă de schimbare pot însemna că sfătuitul are anumite beneficii din situaţia existentă, chiar dacă acestea nu sunt evidente la prima vedere Ele vor fi identificate cu discreţie. De multe ori ele pot fi deduse fără ca subiectul să le conştientizeze şi să le poată exprima foarte clar.

În general, sunt greu de acceptat soluţiile radicale ca: părăsirea de domiciliu, divorţul şi altele, întrucât ele implică schimbări majore, greu de realizat datorită

stării de dependenţă emoţională sau materială sau a altor motive ascunse ale partenerilor. Chiar dacă clientul îşi cunoaşte deficienţele, faţă de care poate fi excesiv de autocritic şi menţionează unele sugestii de îndreptare, faptul că nu le pune în aplicare arată că el se află, în fapt, într-o stare emoţională cu caracter stagnant, mult premergătoare acţiunii.

Astfel, în cazurile acute, povara emoţiilor e atât de mare încât eclientul nu e capabil să întrezărească nici o ieşire. Susţinerea singulară a soluţiilor de către sfătuitor poate să creieze panică întrucât clientul simte că pierde poziţii esenţiale din viaţa sa. De obicei, frica nu este exprimată în mod direct. Amânarea discuţiilor, diversiunea (schimbarea bruscă a subiectului, trecerea la cu totul altă temă) reprezintă semne că discuţia displace clientului, îl depăşeşte şi că această temă trebuie amânată pentru mai târziu.

Este foarte posibil ca, după un timp, subiectul să reia tema părăsită cu argumentaţii contradictorii, ceea ce sugerează că fusese "penetrat" psihologic prin discuţiile anterioare. Este procesul firesc de asimilare, care devine cu atât mai lent cu cât soluţia este mai departe de convingerile iniţiale. În majoritatea cazurilor, clienţii au trecut ei înşişi prin etapa "rumegării" soluţiilor propuse, însă diverse inhibiţii, neîncrederea în sine sau în alţii, impulsivitatea, au reprezentat bariere de netrecut în acceptarea atitudinilor raţionale.

De aceea, identificarea, alegerea şi negocierea intervenţiilor constituie o etapă distinctă, ce presupune un travaliu diferenţiat. De obicei, subiectul are în minte câteva soluţii aflate în diferite stadii. Unele au fost aplicate, dar fără succes, altele reprezintă numai gânduri fugare. Câteva idei se află într-o stare latentă, blocate undeva în afara câmpului conştiinţei şi au nevoie de activare.

Este firesc să se înceapă cu analiza soluţiilor deja prezente în mintea clientului. Pentru cele deja încercate se vor determina motivele eşecului, lucru care nu este atât de simplu cum ar părea la prima vedere. A accepta un set de explicaţii sumare ale unui eşec este o adevărată cădere în capcană. Scuzele nu pot fi luate drept realitate.

O pondere importantă în multe nereuşite o au aspectele subiective imponderabile, obstacolele interne, dificil de înţeles şi caracterizat de către persoane executive, de succes, cum sunt sfătuitorii. Subiectul spune adesea că "s-a jenat" să aplice soluţiile discutate în prealabil. E un termen general care indică existenţa unei rezistenţe şi care merită să fie aprofundat cu răbdare şi cu tact. De cele mai multe ori clientul este neîncrezător în forţele sale, dezamăgit şi crede că nu se mai poate face nimic. O asemenea convingere este expresia gândirii negative şi reprezintă una din ţintele tehnicilor de restructurare a gândirii (cap XI).

După o analiză atentă a soluţiilor deja experimentate şi care nu au putut fi puse în practică în forma actuală, este preferabil să se treacă la un inventar al alternativelor posibile. Metoda consacrată este denumită brainstorming, adică generarea cât mai multor idei, aşa cum vin ele în minte, chiar dacă ar părea

incompatibile cu scopurile. Astfel, pot fi activate rezervele imaginative ale subiectului, rezerve care vor fi inventariate, urmând apoi ca ele să fie analizate şi negociate într-o etapă ulterioară.

Ţelul identificării multor alternative este să obişnuiască subiectul cu o gândire creativă şi flexibilă. Întrucât unele sugestii rezultate din brainstorming sunt "crude", ele trebuie evaluate mai aprofundat prin prisma unor informaţii suplimentare şi adaptate în funcţie de circumstanţele reale.

De exemplu, sugestia ideală de a reîncepe la un moment dat cursurile şcolare sau cele de calificare profesională ar trebui consolidată prin obţinerea de date concrete asupra formalităţilor necesare, reţelei de şcoli sau instituţii cu profilele lor, verificarea potrivirii lor cu aptitudinile, cunoştinţele şi preferinţele subiectului, examinarea posibilităţilor de înscriere sau a şanselor de reuşită la examen şi multe alte aspecte.

Ponderea informaţiilor obţinute creşte prin utilizarea de chestionare în intervenţiile asupra emoţiilor sau gândirii (vezi capitolele XI şi XII). În cazurile psihiatrice devine esenţială integrarea tratamentului medicamentos cu intervenţiile psihologice, agentul integrator cel mai potrivit fiind medicul.

Pentru a selecta intervenţiile cele mai adecvate este bine să se consacre un timp corespunzător, care să permită judecarea lor cu înţelepciune. Întrebările ajutătoare de aprofundare din partea terapeutului capătă importanţă crucială pentru persoanele impulsive cu dificultăţi în reflectare, ce iau hotărâri de moment sau pentru inhibaţi.

O persoană inhibată, care acceptă nedreptăţile împotriva sa la serviciu, ar putea fi întrebată dacă există vreo opţiune, dacă şi cum ar putea să se poarte altfel în situaţiile care o nemulţumesc, prin ce alte căi ar putea să-şi atingă scopurile şi care ar fi consecinţele negative sau pozitive pentru fiecare atitudine.

Se dezvoltă astfel etapa mintală de selectare şi pregătire a acţiunii, care ţine seamă de principalele date ale problemei şi urmează să aibă o formă bine închegată, depăşindu-se modelul de acţiune pripită de tipul "încercare şi eroare", adică pe încercate, frecvent adoptat de persoanele aflate în dificultate.

Examinarea critică a diferitelor soluţii reprezintă întrucâtva un moment de umilinţă, comportarea clientului fiind pusă sub lupă. Semnul nereuşitei este chiar tutela exercitată de profesionist. Pentru depăşirea sa cu succes este importantă o prudentă asistenţă empatică, fără comentarii, care să permită subiectului să evalueze singur eventualele consecinţe ale intervenţiilor. Totuşi, e bine să completăm perspectiva dezvoltată de client cu informaţii suplimentare, mai ales dacă se discută un domeniu în care acesta nu are experienţă.

Odată discutate, soluţiile trebuie alese, premizele cele mai importante pentru selecţie fiind: realismul, şansele de succes, preferinţa manifestată de client, eventual acordul familiei şi al celor din jur, să nu necesite presiuni din partea

sfătuitorului. Înaintea luării unei decizii, e cazul ca aceasta să fie lăsată să se "coacă", să fie acceptată şi asimilată de client. Semnul sigur de asimilare este dat de însuşirea completă a soluţiei de către client, care astfel începe să susţină că el a avut mai întâi inspiraţia, că ideea îi aparţine.

Chiar dacă ideea este excelentă, o acţiune bine pregătită presupune mult mai mult. Detaliile urmează să fie negociate cu clientul în raport cu dorinţele şi punctele sale de vedere. Procesul de negociere a intervenţiilor a fost dezvoltat în terapia comportamentală prin metoda contractului, în care se realizează o înţelegere fermă între părţi, cu răsplăţi şi sancţiuni.

Metoda este potrivită în crizele familiale, în relaţiile conjugale sau cele dintre părinţi şi copii. În cazul sfătuirii, negocierea se concentrează asupra modelării viitoarei intervenţii, pentru a ţine seamă de circumstanţele de timp, de resursele dar şi de preferinţele clientului. Ea permite o discutarea mai amănunţită a unor detalii controversate.

Dacă proiectarea intervenţiilor bate pasul pe loc, poate să se revină la primul stadiu, cel al descrierii situaţiei. Pentru cineva din afară, conceperea unei intervenţii pare relativ uşoară, în schimb pentru cel în cauză este un proces chinuitor, pe care e posibil să-l mai fi încercat înainte. O mare tentaţie pentru sfătuitor este cea de a efectua această operaţie repede şi simplu, de rutină, ignorându-se etapa "mută", a deliberării interne, a luptei motivelor, în care subiectul este foarte îndoit şi îşi pune multe întrebări, este neîncrezător. Este bine să lăsăm timpul să lucreze.

9.11. PUNEREA ÎN APLICARE A INTERVENŢIILOR

Valoarea intervenţiilor stabilite va putea fi testată numai prin punerea lor în aplicare. Într-o concepţie tehnologică asupra sfătuirii, această etapă ar trebui să se desfăşoare lin, numai că, în practică, este nevoie de mult sprijin din partea sfătuitorului şi de evaluări repetate ale desfăşurării intervenţiei, cu intrarea în detalii.

Fără îndoială că subiecţii şi familiile lor au nevoie de o anumită răsplată pentru eforturile lor, mai ales dacă sunt şovăielnici. Terapia comportamentală aduce în practică cel puţin două procedee valoroase, ce pot fi aplicate în această etapă, şi anume: aproximarea şi răsplătirea constantă.

Aproximarea presupune răsplătirea subiectului chiar dacă face numai o schiţă a acţiunii, un gest în direcţia respectivă. Ea este utilizată frecvent în recuperarea motorie şi este de natură să crească motivaţia. Răsplătirea constantă presupune un climat de apreciere înaltă şi repetat exprimată faţă de persoana care s-a angajat pe un anumit drum, chiar dacă este numai la început.

După reuşita intervenţiei, este important ca sfătuitul să treacă la etapa de autoajutor, care presupune învăţarea temeinică a analizării problemelor vieţii sale

şi a metodelor de găsire şi punere în aplicare a soluţiilor, fapt care îl poate dispensa pe viitor de sprijinul profesional. În această etapă el poate să apeleze la o asociaţie sau grup de autoajutor, instituţii care au devenit numeroase şi în ţara noastră, ca "Alcoolicii Anonimi", asociaţii ale persoanelor handicapate etc.

Pentru a se obişnui cu evaluările, este preferabil ca însuşi clientul să efectueze operaţiile de evaluare, să şi regândească prezentul şi conduita sa. Unii autori [R. Nelson-Jones 1990] propun ca ei să-şi revadă propriile înregistrări de la începutul tratamentului şi să facă aprecieri, dezvoltându-şi astfel capacitatea de autoanaliză.

În situaţia în care programul propus nu poate fi îndeplinit, o strategie alternativă a fost dezvoltată în cadrul Terapiei Realităţii [E. Glaser 1976]. Ea este dublată de o monitorizare strictă, începută încă din primele stadii ale aplicării programului. Astfel, clientul va fi urmărit în mod sistematic acasă, prin telefon, pentru a se verifica dacă subiectul pune în practică acţiunile propuse. În situaţia în care subiectul nu reuşeşte să pună în aplicare obiectivele, este invitat la control şi se efectuează o evaluare în comun. Clientului nu i se face nici o morală. Se conclude că pretenţiile iniţiale ale terapeutului au fost prea mari şi nu au ţinut seamă de realitate, de capacitatea, tăriile şi slăbiciunile clientului Apoi, împreună, se trece la elaborarea unui nou program cu ţeluri mai modeste, ştacheta este coborâtă pentru a se obţine reuşita. Această tehnică a fost utilizată cu rezultate foarte bune la psihotici şi la persoane cu tulburări de conduită, îndeosebi adolescenţi.

CAPITOLUL X
ECHILIBRAREA EMOȚIILOR

10.1. DEFINIȚIA ȘI SEMNIFICAȚIA EMOȚIILOR

Emoțiile constituie componente fundamentale ale psihicului uman, colorând existența într-un mod inconfundabil. Ele marchează viața în orice moment, creând acea tensiune internă care îi conferă plinătatea, chiar dacă uneori se poate ajunge la preaplin, la o intensitate insuportabilă. Majoritatea operelor de artă autentice sunt impregnate de emoții artistice purificatoare. Literatura, artele plastice și muzica oferă excepționale descrieri ale emoțiilor umane. Arta reprezintă o neprețuită sursă de cunoștințe pentru înțelegerea emoțiilor și motivelor lor. De aceea, psihoterapeutul trebuie să fie dublat de omul de cultură care îl va ajuta pe profesionist să descifreze mișcările fine ale sufletului uman.

În definițiile clasice, emoțiile sunt forme ale răspunsurilor organismului față de acțiunea mediului înconjurător, față de evenimente sau situații din afară [M. Roșca 1976]. Aceasta presupune amorsarea externă situațională a stărilor emoționale, conform formulei ușor de înțeles "aici și acum". De exemplu, frica declanșată de vederea unui animal înfricoșător, depresia produsă de decesul cuiva drag și altele.

O bună parte dintre emoții au o geneză mult mai complicată, fiind strâns legate de viața interioară și de funcționarea stratului biologic. Pentru această categorie de emoții, minimul amestec dinafară creează o aparentă lipsă de cauzalitate, ceea ce le face mai greu de înțeles pentru cel care le trăește (experiențiază), dar și pentru un observator din afară.

Mesajele venite din interior sunt confuze, greu de definit și de raționalizat. Sursa lor pare să fie inconștientul, trăirile anterioare negative sau pozitive, aspirațiile, idealurile, fricile, grijile, pulsiunile instinctuale, conflictele interne. Ele constituie factori de presiune care pot interfera și tulbura activitatea curentă. Activarea emoțională poate fi favorizată de vulnerabilitatea biochimică a circuitelor cerebrale, constituțională sau câștigată, fiind bine cunoscută predispoziția, adesea ereditară, la anxietate, la depresie, la mânie etc. (vezi temperamentul coleric).

Încă de mult a fost descoperită importanța emoțiilor excesive, nepotrivite sau necontrolate, considerate, pe drept cuvânt, un balast penibil, ca o suferință sau ca un factor periculos, care întunecă judecata. Ca urmare, s-a avansat un mare număr de teorii explicative și de metode de stăpânire și echilibrare a emoțiilor (majoritatea de origine orientală), care își păstrează valabilitatea și astăzi.

10.1.1. Exteriorizarea emoțiilor. Atitudinea față de exteriorizarea emoțiilor este foarte variată și e marcată cultural. Expresia emoțiilor este codificată, fiind în conformitate cu obiceiurile și regulile nescrise ale manierelor elegante din fiecare cultură. În învățarea exprimării emoțiilor un rol fundamental îl are educația și modelele promovate în societate. Astfel este renumită sobrietatea și aparenta lipsă de expresie, până la uscăciune, a englezilor, mai ales a celor din sudul Londrei, spre deosebire de italieni și sârbi care se exprimă din plin. Este considerată ca o datorie a omului civilizat exprimarea emoțională ponderată, reținută și mai ales adecvată situației.

Chiar în secolul nostru, sub influența teoriilor psihanalitice, care au pus un mare accent pe libertatea de expresie, pe defulare, pe reducerea reprimării și a autocontrolului (considerate nocive), a avut loc o importantă mutație în exprimarea emoțiilor Noile generații, crescute într-o atmosferă de permisivitate, au impus un model mult mai dezinhibat, caracterizat prin mai multă violență, tendințe hedonice și mai multă depresie.

Unele persoane refuză să și controleze emoțiile și chiar le exagerează, oferind frecvent imaginea unor stări primitive de afect, mai ales în cazul furiei și corelatului său, violența. Alte persoane își refuză dreptul de a fi emoționate, considerând că aceasta reprezintă un semn de slăbiciune.

Între cele două extreme se întinde un important număr de variante personale în administrarea emoțiilor. Termenul de administrare a emoțiilor aduce în atenție faptul că, până la un grad, ele pot fi stăpânite și modulate, adică adaptate situației. Aceasta se realizează în mod conștient, ca rezultat al unui îndelungat proces educativ ce începe chiar din primele zile de viață.

Combinația dintre temperament, funcționarea neuropsihică și corporală actuală și caracter duce la un stil de expresie emoțională propriu fiecăruia, care se dezvăluie în viața de toate zilele și mai ales în situațiile limită. În analiza unei stări emoționale trebuie să se răspundă mai multor întrebări, între care: definirea exactă a emoției trăite, originea sa, semnificația sa, modul său de exprimare.

10.1.2. Definirea exactă a unei stări sufletești, a unei dispoziții nu este la îndemâna oricui. Foarte multe emoții sunt percepute confuz iar cunoștințele lingvistice despre ele ale majorității populației sunt îngrijorător de sărace. Multe persoane, mai ales cele needucate, nu vor reuși să explice deosebirile dintre un dezamăgit și un deprimat, dintre un înfricoșat și un panicat, și multe altele. Aceste nuanțe, odată identificate și denumite cu acuratețe, devin baza de pornire a unei analize aprofundate.

10.1.3. Actualitate emoţiilor. Emoţiile pot să aibă drept origine realitatea imediată, prezentul. În acest caz, în raport cu firea fiecăruia, se conturează în mod normal o proporţionalitate a răspunsului emoţional în raport cu situaţia care l-a provocat.

Însă răspunsul poate fi profund disproporţionat, de obicei exagerat. O singură remarcă inofensivă poate face pe cineva să explodeze, chiar dacă aparent este un echilibrat. Asemenea descărcări au fost denumite de analiza tranzacţională drept **sentimente elastice** [R. Laussus 1991]. Ele revin când nu te aştepţi. În asemenea condiţii e de presupus că ele au şi o rădăcină "istorică", fiind trăite prima dată undeva în trecutul îndepărtat, în prima copilărie, în conformitate cu conceptele şcolii psihodinamice ori în trecutul apropiat.

Numeroase cercetări ale şcolii pavloviste, ale celei a învăţării dar şi concepţiile freudiene premergătoare, au demonstrat condiţionarea emoţiilor. De aceea, pentru înţelegerea semnificaţiei stărilor emoţionale, profund disproporţionate cu situaţia, este necesară o analiză psihologică aprofundată cu faţa spre trecut.

Nu orice emoţie este ceea ce pare la prima vedere. Ea poate să însemne cu totul altceva. E. Fromm nota [1971] că "dacă vezi un bărbat roşu la faţă, ţipând, şi spui - el este furios - vei face o apreciere adevărată. Dacă intri mai profund în sistemul lui de gândire poţi să spui - acest om este înspăimântat -; dacă aprofundezi şi mai mult ai putea spune - acest om se simte neajutorat -. Toate cele trei afirmaţii sunt adevărate, dar cu grade diferite de relevanţă, pentru că numai a treia declaraţie (acest om se simte neajutorat) atinge esenţa. Aspectul de mânie este numai de suprafaţă". Dacă era un tip capabil, el ar fi înlăturat obstacolul din calea sa şi ar fi rămas stăpân pe situaţie, calm.

În mod similar, unii depresivi ar ascunde în spatele stării de tristeţe o profundă mânie şi nemulţumire [K. Abraham 1911]. Ea explodează câteodată în acte agresive inexplicabile. Analiza tranzacţională [Rene de Laussus 1991] a diferenţiat emoţiile "pure", adevărate, corespunzătoare situaţiilor prezente, de emoţiile "deturnate" sau parazite, al căror sens este cu totul altul decât cel aparent.

10.1.4. Emoţiile deturnate apar, de obicei, la persoanele care trăiesc inadecvarea proprie în viaţă, definită prin formula "eu nu sunt OK! (în regulă)". Ele ar fi rezultatul unei educaţii realizate înainte de vârsta 8-10 ani, având drept obiectiv să aducă subiectul într-un scenariu necâştigător (pierzător) bazat pe următoarele convingeri: "Să nu existi"; " Să nu te porţi la fel cu cei de acelaşi sex"; "Să nu simţi"; "Să nu acţionezi"; "Să nu gândeşti"; "Să nu fi important"; "Să nu fii copil" etc.

După E. Berne [1989] un băiat care a observat că dacă va începe să plângă, în locul mâniei pe care ar vrea să o exprime, mama sa îl va iubi şi îl va consola. În

alte cazuri, în loc să-şi exprime deschis mânia va începe să plângă şi atunci i se va spune "bietul de tine", în loc să fie certat. Prin multiple repetări sentimentul parazit va lua definitiv locul celui adevărat. Printre emoţiile deturnate se enumeră:

- mânia, tristeţea care sunt înlocuite cu culpabilitate sau trăirea de suferinţă;
- plăcerea descoperirii corpului în copilărie care este înlocuită cu sentimente de ruşine şi vinovăţie;
- plăcerea de a gusta complimente care este înlocuită cu autoironie sau minimalizare.

O bună parte din munca psihoterapică este dedicată identificării adevăratelor sentimente ale clientului. El va fi încurajat să înveţe să trăiască cu realitatea emoţiilor sale, în sinceritate cu sine însuşi şi cu ceilalţi, ca bază pentru o existenţă echilibrată. În această privinţă, prof. Price de la Universitatea din Utah sublinia cât este de important să ne educăm copiii în spiritul emoţiilor autentice, să-i învăţăm să spună adevărul, să-şi recunoască şi să îşi accepte sentimentele, chiar dacă ele sunt nepotrivite. Aceasta pare să fie modelul de educaţie preferat în prezent în SUA şi care este profund deosebit de stilul clasic promovat în "lumea bună" europeană, înclinată către convenţie şi ascunderea adevăratelor trăiri.

10.1.5. Intensitatea emoţiilor. Un ultim aspect se referă la intensitatea emoţiilor, care poate fi copleşitoare. Emoţiile pot căpăta un aspect critic, acut, în atacurile de panică sau în crizele de furie, ori să devină stări de lungă durată sau cronice, cum se întâlnesc în nevroza anxioasă sau fobică. În acest caz emoţiile se pot exterioriza zgomotos, iar subiectul le poate percepe ca fiind foarte neplăcute, Ego-distonice. El va încerca să le atenueze sau să scape de ele. În schimb, emoţiile excesiv de controlate se pot ascunde în spatele unei aparenţe de calm, realizat prin represiune şi somatizare prin intermediul mecanismelor de homeostazie emoţională.

Activarea emoţională a acestor persoane este derivată către corp, stimulându-se exagerat reacţiile de apărare neurovegetative, ceea ce provoacă disfuncţiile unor organe sau sisteme, cum ar fi cel cardio-vascular, digestiv, respirator, muscular. Se vor percepe neplăcut încordarea musculară, tulburările vasculare sau ale altor aparate, emoţiile trăite fiind mult mai puţin vizibile. Se realizează atfel "somatizarea". Clientul se va considera pur şi simplu bolnav de o afecţiune banală şi nu va acorda vreo semnificaţie morbidă stării sale emoţionale şi eventualelor evenimente de viaţă negative. În cazul unei consultaţii medicale sau intervenţii psihoterapice, subiectul va avea dificultăţi în a înţelege legătura dintre simptomele corporale şi emoţiile sale. De aceea, el va necesita adesea ample explicaţii preliminare, înainte de a accepta implicarea vieţii sale emoţionale.

Din totdeauna în corectarea emoţiilor s-au confruntat două tendinţe. Pe de o parte s-au situat mijloacele chimice - medicamentele -, mereu în ascensiune, ca şi

alcoolul, cu riscurile şi avantajele lor, iar pe de altă parte, metodele non-farmacologice care solicită eforturi psihologice în punerea lor în practică. Ele nu se pot exclude, putându-se în schimb completa în diverse feluri. De aceea, în tratamentul şi corectarea unor stări emoţionale, pentru a găsi formula cea mai potrivită este necesară colaborarea dintre medic şi alte categorii de profesionişti.

10.2. PRELUCRAREA TRĂIRILOR EMOŢIONALE

Are cel puţin 3 obiective importante: 1) să sensibilizeze clienţii pentru a răspunde emoţiilor lor; 2) să reducă emoţiile exagerate; 3) să devină capabili să se confrunte cu crizele.

10.2.1. Sensibilizarea faţă de emoţiile proprii. Mulţi dintre clienţi sunt nefericiţi pentru că se simt nesiguri de ei, tulburaţi, înstrăinaţi. Ei nu îşi cunosc adevăratele trăiri, câteodată par îngheţaţi, nu îşi recunosc dorinţele şi nevoile reale, nu şi-au definit clar identitatea, ceea ce poate să ducă la o stare de tensiune insuportabilă. De aceea, ei au nevoie să se concentreze asupra trăirilor lor, să le perceapă, să le înţeleagă, să le accepte şi, acolo unde este nevoie, să le aprofundeze, să înveţe să le recunoască şi să le răspundă în mod adecvat.

Viorica - elevă -, discută despre viitor şi afirmă că i-ar place să urmeze teologia. Aceasta este în fapt opţiunea părinţilor ei. Ea nu s-a gândit şi nu are o poziţie proprie.

George, în vârstă de 40 de ani, munceşte foarte mult, simte o stare de tensiune internă, are palpitaţii (provine dintre familiile de cardiaci), are insomnii, probleme sexuale şi înghite tranchilizante. Nu şi-a pus problema vreunei schimbări, a rămas pe "front".

Andrei, 25 de ani, este în tensiune, plânge când este neglijat de iubita sa Violeta, şi aceasta se întâmplă des. Nu pricepe ce se întâmplă cu el şi nu-şi poate exprima sentimentele faţă de ea; cuvintele îi ies "aiurea".

Eugen, 32 de ani, este îngrijorat, nu simte mai nimic când mângîe corpul partenerei sale, gândurile îi fug mereu în altă parte, nu se poate concentra deşi declară că sexualitatea îl interesează foarte mult.

Iosefina, 58 de ani, şi-a pierdut soţul. În timpul funeraliilor precum şi după aceea, nu a plâns, s-a ţinut tare. Controlul acesta excesiv a obosit-o, acum se simte ca o fiinţă fără sens.

Mariana, 38 de ani, munceşte la serviciu şi acasă ca un robot. Se scoală prima şi se culcă ultima, îi serveşte pe toţi, este resemnată şi se simte foarte obosită.

Ficcare dintre subiecţii prezentaţi are o problemă emoţională, faţă de care nu reuşeşte să răspundă în mod adecvat, să vină în contact în mod corect cu ea. Astfel,

Viorica nici nu a încercat să formuleze propriile opţiuni, a asimilat mecanic dorinţele părinţilor şi s-a supus voinţei lor. George are o stare de nemulţumire faţă de un stil de viaţă nepotrivit, dar nu este conştient că situaţia sa este insuportabilă. Andrei suferă, dar nu înţelege mesajele pe care i le trimite subconştientul. Eugen şi-a pierdut capacitatea de a-şi simţi corpul său, de a se centra asupra senzaţiilor sale. Iosefina nu şi-a trăit durerea pierderii, a refuzat să-şi elibereze senzaţiile şi sentimentele. Mariana şi a pierdut personalitatea şi viaţa personală. Subiecţii din toate cazurile expuse ar trebui să-şi experienţieze emoţiile, să se perceapă drept indivizi unici şi separaţi, altfel decât îi vor alţii, să îşi dezvolte sensibilitatea faţă de propriile emoţii. S-au conturat câteva etape în dezvoltarea sensibilităţii faţă de emoţii:

1) ascultarea şi răspunsul empatic;
2) abordarea raţională, explicativă;
3) dezvoltarea empatiei interne;
4) stimularea conştientizării emoţiilor şi a trăirii lor, explorarea lor activă, a acţiona
5) stimularea percepţiei corpului: concentrarea asupra senzaţiilor.

10.2.1.1. Ascultarea empatică şi, mai ales, răspunsurile empatice permit subiecţilor să se simtă luaţi în atenţie, înţeleşi, le creşte simţul stimei de sine, le reduce îngrijorarea şi neîncrederea în sine. Ei învaţă să se asculte ei înşişi cu atenţie şi cu respect, să ia în considerare propriile trăiri, să le identifice corect şi să îşi descopere propriile nevoi.

Pentru a ajunge aici, terapeutul trebuie să creeze spaţiul psihologic menit să-i ajute la pătrunderea sensurilor trăirilor lor şi a implicaţiilor lor. Ei vor învăţa să discearnă ceea ce vine de la ei, din interior aparţinând nevoilor şi tensiunilor lor interioare şi ceea ce vine din afară, influenţele din exterior. Aceasta presupune un timp a cărui dimensiune depinde de ritmul personal de percepere a interiorului propriu şi, câteodată, şi de sprijinul oferit de întrebările retorice de ajutor din partea terapeutului.

Pentru a se lansa în această operaţie clienţii au nevoie de o **motivaţie raţională** din partea terapeutului, motivaţie care să justifice importanţa concentrării asupra emoţiilor.

Caz clinic

Un tânăr de 20 de ani este adus de familie pentru că a lipsit de la examenele de la facultatea de ştiinţe economice din sesiunea de vară, fără să spună nimic celorlalţi. El scrie despre sine că este un timid, un mare timid. Familia spune că este un băiat simpatic care face glume, vorbăreţ, are simţul umorului, suportă ironiile. Vorbeşte puţin despre sine, despre eşecul său, de motivele care l-au împiedicat să înveţe. Afirmă că i-au plăcut ştiinţele economice.

În realitate a avut dintotdeauna un interes foarte scăzut față de economie și nici acuma nu știe nimic din ceea ce se întâmplă pe acest plan în țară. În timpul anului nu i-a plăcut decât matematica. Pare să nu știe exact ce profesiune i s-ar potrivi. Nu a avut curajul să se gândească. Nici în alte privințe nu pare să își fi ascultat sentimentele.

Ce ar putea face terapeutul?

- să continue ascultarea și, prin răspunsuri empatice, să faciliteze apropierea treptată a clientului de trăirile sale;
- să efectueze o confruntare facilitatorie pornită de la constatarea că lipsa de apetit pentru învățat este în contradicție cu declarația că îi place această facultate;
- să reanalizeze direct opțiunile pentru o facultate;
- să ofere o bază logică pentru aprofundarea trăirilor sale: *"Tu ai povestit despre facultatea care nu ți-a adus satisfacțiile așteptate și a cărei alegere pare să nu fie a ta. Poate că ar fi bine să îți asculți sentimentele și să alegi ceea ce îți dorește sufletul. Ele sunt o sursă mai sigură pentru a face o alegere corectă. Învață să îți asculți propriile tale sentimente. Altfel s-ar putea să te înșeli. Nu te grăbi!".*

După crearea motivației pentru analizarea opțiunilor au urmat încă două ședințe de discuție după care tânărul a ales singur să reia facultatea de științe economice dar, în același timp, să se și angajeze în producție.

Ultima alternativă, cea aleasă, a fost cea mai productivă. Ea a creat premizele unei discutări raționale a alegerii, care a pornit, de astă dată, de la opiniile, emoțiile și aspirațiile strict personale, față de care va avea de acum o foarte bună aderență în viitor.

Pentru fiecare din cele 5 opțiuni de mai sus se poate construi o argumentație diferențiată, dar toate se vor ocupa de modul inadecvat prin care subiectul a reacționat față de trăirile sale. În asemenea cazuri, clienții își ignoră sau trec pe un plan secundar emoțiile adevărate, trăirile lor. Aceasta pentru că a le admite, a se comporta după cum le dictează "inima" ar avea ca urmare schimbări în stilul de viață, esențiale pentru reechilibrarea afectivă dar greu de asumat și de transpus în practică.

Astfel George, 40 de ani, care preferă să utilizeze tranchilizante, nu a ascultat de frustrarea și nemulțumirea internă care l-ar fi împins către schimbarea serviciului, discuții cu șefii sau chiar începerea unei afaceri independente. El este pe cale de a deveni un bolnav somatic care se va trata cu grijă, dar cu rezultate modeste. Rolul de bolnav îl va face să se resemneze cu tratamentul, regimul de viață restrictiv și protecția din partea celorlalți. În schimb, a conștientiza tensiunea și emoțiile negative ce îi macină viața, a le asculta și înțelege mesajul, a-l accepta, ar duce la poziția cu totul contrară, activă, a unei persoane care dorește să depășească impasul existențial și caută singură ieșirea din criză.

Trecerea de la poziția pasivă, de bolnav, către cea activă, presupune o perioadă de tranziție, în care ajutorul terapeutului este de mare preț. Se creează o etapă de pregătire psihologică în care sunt recunoscute propriile sentimente și se câștigă un anumit respect față de ele, iar argumentația rațională adusă de terapeut devine un preambul al sensibilizării subiecților față de trăirile lor.

În pregătirea pentru schimbarea atitudinii în relațiile cu ceilalți, la cei timizi, oprimați, dependenți, cu trăiri de neputință, este nevoie de conștientizarea adevăratelor sentimente față de aceștia, printr-o importantă muncă de ajutor și interpretare din partea terapeutului, care sesizează mai ușor elementele de inducție, de presiune emoțională excesivă, controlul deschis, coercitiv sau mascat, agresivitatea și altele venite din afară. Recunoașterea trăirilor actuale și înțelegerea conexiunii cu agresiunea, adesea inconștientă, plasată sub "masca grijii", a "nepăsării", venită din partea celor din jur, pregătește terenul pentru schimbarea atitudinii prin învățarea asertivității [J. Boisvert, M. Beaudry 1979, P. Burnard 1991] și a abilităților sociale.

Și alte categorii de persoane, mai ales cele disciplinate, controlate, aflate în poziții de conducere sau cu un anumit grad de dependență, având un locus de control extern, care sunt copleșite de trăiri confuze, dominate de simțul datoriei și de trăirea de vinovăție față de alții și de ele însele, au nevoie să își identifice trăirile de refuz, indignare, nemulțumire din profunzime, care generează tensiune în raport cu atitudinea aparentă, dictată de planul rațional.

10.2.1.2. Formarea ascultării interne, a empatiei interne adresată propriei persoane permite ajungerea treptată la autoînțelegere, fără vreo intervenție din afară. Empatia internă are nevoie de câteva condiții:

- cunoașterea importanței sale în reechilibrarea emoțiilor;
- rezervarea în fiecare zi a unui timp și a unui spațiu psihologic pentru sine pentru a realiza ascultarea internă;
- învățarea intrării în spațiul intern după modelul "Eu despre mine", a trăirii, experienției și a verbalizării;
- gândirea în concordanță cu trăirile proprii, luarea lor în considerare în dialogurile interne.

10.2.1.3. Dezvoltarea sensibilității tactile. E. Gendlin [1981] a dezvoltat tehnici de focalizare care duc la "senzația trăită" printr-un proces de concentrare a atenției, prin care oamenii vin în contact conștient cu o parte din sensibilitățile corporale, eliberate de filtrul conștiinței, dar și cu gândurile sau emoțiile proprii legate de senzațiile respective. Aceste tehnici constau în vibrația emoțională față de senzația obținută, întrebările ce se nasc și bucuria de a înțelege. Toate ar contribui la schimbări mai profunde în afectivitate și, în final, la reorientări psihologice.

Explorarea emoţiilor şi senzaţiilor în multe domenii presupune nu numai imaginarea ci şi trăirea lor în timpul acţiunii. A experienţia mai deplin sexualitatea nu se poate realiza fără contacte directe, reale. Deci, clienţii vor fi încurajaţi să se angajeze, să trăiască direct experienţe sexuale. Abia după aceea vor putea să discute trăirile lor, în cunoştinţă de cauză, dacă mai este nevoie.

O slabă conştientizare a senzaţiilor corporale se produce la mulţi clienţi, prin blocaje la nivelul filtrelor formaţiei reticulate cerebrale, datorită concentrării atenţiei asupra altor aspecte ale existenţei: intensă activitate intelectuală, inhibiţie nevrotică etc. În asemenea cazuri se produce o înstrăinare, o alienare faţă de propriul corp, o incapacitate mentală de a simţi. Ea poate fi depăşită readucând pe primul plan firescul, naturalul, chiar dacă la prima vedere ar părea carnal, primitiv, mai ales în cazul intelectualilor şi marilor timizi. Subiecţii pot fi ajutaţi şi reînvăţaţi să devină conştienţi de fluxul senzaţiilor lor corporale, să devină capabili să-şi exprime senzualitatea.

10.2.1.4. Tehnicile de psihoterapie cu mediere corporală [K. Fortini, S. Tissot 1997] sau somato-terapii [R. Meyer 1996] cuprind un grup de metode ce se adresează în primul rând corpului, dar vizează persoana, relaţia cu sine, raportată la corpul perceput şi trăit (vecu), câmpul său, spaţiul personal, intimitatea, precum şi răspunsurile sale reflectate în relaţia trăită corporal cu altul şi cu mediul (obiectele, spaţiul).

În acest spaţiu teoretic [J. Guimon, A. Fredenrich-Muhlebach 1997] al cărui scop este să integreze, să armonizeze vibraţia corporală incongruentă şi să readucă echilibrul somato-psihic al persoanei, au fost elaborate numeroase metode de intervenţie, cele mai importante fiind cele ale lui G. Alexander [1932], terapia Gestalt [F. Perls 1940], terapia bioplasmică [Rudolf Steiner 1955], relaxarea hipotonică J. Ajuriaguerra, analiza bioenergetică [A. Lowen 1975], terapia de conştientizare selectivă [P. Mutke 1976], somatoterapia [R. Meyer 1996]. Accentul cade asupra trăirii prezentului. Tehnici deosebite care plasează persoana într-o poziţie de pasivitate sunt sofrologia şi hipnoza.

Tehnica G. Alexander [1932] utilizează conştientizarea pentru a îmbunătăţi performanţele fizice în mers, în joc, în cântatul la un instrument. Ea a devenit o parte a pregătirii de bază a actorilor şi muzicienilor. Se învaţă controlul corpului cu ajutorul minţii. Subiectul este ajutat să identifice atitudinile corporale greşite. El primeşte indicaţii mentale pasive (lasă spatele să se alungească şi să se lărgească) iar terapeutul ghidează corpul subiectului cu mâinile, aducându-l către trăirea unor experienţe kinestetice îmbunătăţite.

Treptat, subiectul va percepe ceea ce este corect ca poziţie corporală. Se începe cu ceafa şi se continuă cu coloana vertebrală, înaintându-se către integrarea mai bună a mişcărilor. Ca rezultat al noii armonii musculare se naşte o trăire de libertate şi uşurinţă. Ea este foarte folositoare la depresivi, având la bază ideea că

dacă cineva devine conştient de tensiunea din ceafă şi din umeri atunci poate deveni conştient şi de mânia care se află dedesubt. În loc să fie derivată excesiv într-o postură neproductivă şi jenantă, emoţia este transformată prin conştientizare într-o emoţie cu sens, care poate fi analizată psihoterapic.

Terapia Gestalt [F. Perls, 1940], [I. Mitrofan şi colab., 1997] explorează fenomenele schimbătoare ale conştienţei. Ea îndreaptă atenţia subiectului către continuum-ul conştiinţei sale în desfăşurare, a "clipei" din prezentul imediat, acel aici şi acum, pentru a descoperi experienţa sa senzorială printr-o concentrare focală. Se porneşte de la premiza că, în general, ceea ce trăim reprezintă un amestec nesigur de fantezie şi realitate perceptuală iar aceasta trebuie corectat terapeutic. Realitatea trebuie să treacă pe prim plan.

Fanteziile sunt reprezentări mintale, imagini, amintiri, presupuneri, planuri, speranţe, griji, gânduri etc., în timp ce realitatea, baza solidă a existenţei este rezultată din contactul perceptual cu evenimentele în desfăşurare. Ea rezultă din ceea ce se vede, se aude, se simte sau se miroase. Ideile orbesc trăirile actuale, împiedicând exprimarea lor aşa cum i-ar conveni subiectului sau conduc la un comportament orbesc sau autodistructiv. Efortul de a distinge între ce este realitate şi ce este fantezie arată cât de puţin din viaţa noastră se bazează pe fapte. Terapia Gestalt cere clienţilor să se concentreze prin formula **"Acum sunt conştient"**, să-şi perceapă limbajul corporal, respiraţia, calitatea vocii, emoţiile şi orice gând apărut în aceste momente. Ei învaţă să fie responsivi la fiecare eventual rol sau emoţie, iar terapeutul îi ajută să se exprime cât mai autentic. Se evidenţiază întotdeauna emoţiile şi convingerile care există în fundal, în spatele trăirii evidente şi care se constituie în obstacole în calea echilibrării existenţei.

Se utilizează şi metoda rolurilor pentru a scoate la iveală şi a prelucra părţi deformate, înstrăinate ale imaginilor mintale ale clienţilor. Eliberarea emoţională ex-abrupto din timpul şedinţei de Gestalt-terapie sau a altor forme de psihoterapie, chiar în cazul sfătuirii prin plânsete, exprimări directe ale urii, anxietăţii, dezamăgirii, reprezintă una din căile cele mai eficace de reechilibrare afectivă. Se produce o adevărată combustie prin trăirile de o intensitate excepţională.

10.2.1.5. Dezvoltarea simţului tactil, a percepţiei senzoriale cu atributele sale legate de plăcerea contactului fizic (plăcere denumită şi libidinală) este o sarcină terapeutică la persoanele cu probleme de dinamică sexuală. La cei inhibaţi, suferinzi de reducerea dorinţei sexuale, impotenţă sau frigiditate, se urmăreşte recâştigarea capacităţii de a simţi cu ajutorul mângâierilor.

Este o formă de terapie a cuplului care necesită instrucţiuni din partea terapeutului şi condiţii speciale de desfăşurare: cameră liniştită, muzică plăcută de slabă intensitate, participanţi odihniţi, dezbrăcaţi mai mult sau mai puţin complet, mângâierea se realizează cu gesturi lente, atingeri blânde, fugare, fără grabă, menite să trezească interesul şi plăcerea. Se realizează treptat o concentrare a

atenţiei şi percepţiei asupra senzaţiilor tactile, focusul iniţial plasându-se asupra braţelor, gambelor, coapselor, spatelui, a unor regiuni în afara sferei genitale şi a zonelor erogene. Chiar dacă se produce trezirea sexuală şi dorinţa, nu sunt permise raporturi sexuale în această perioadă, care poate dura până la două săptămâni. Prohibiţia este de natură a stimula puternic dorinţa. Treptat se recâştigă simţul tactil, plăcerea apropierii, a mângâierii, se percepe fineţea pielii, parfumul ei, căldura. Fiecare contact fiind un izvor de senzaţii şi relaxare, se regăseşte bucuria sexualităţii.

Într-o atmosferă de tensiune sexuală, care poate fi intensificată prin vizionarea de filme erotice, se poate trece apoi la stimularea zonelor erogene. Fiecare partener va da şi va primi pe rând plăcerea celuilalt, bucurându-se de şansa de a mângâia sau de a fi mângâiat.

Alternanţa fiecărui partener la mângâieri şi înţelegerea pentru plăcerea resimţită de celălalt realizează o comuniune afectivă, în care inhibiţiile se reduc, fiecare dintre ei putând să-l ghideze pe celălalt, prin cuvânte sau gesturi, către zonele care sunt cele mai aducătoare de bucurie. Această sinceritate securitate şi bucurie a contactului fizic pregăteşte terenul pentru începerea cu succes a raporturilor sexuale propriu-zise.

10.3. CONTROLUL STĂRILOR EMOŢIONALE

Un exces de emoţie este tot atât de dăunător ca şi lipsa emoţiilor. Cu tot progresul social înregistrat în ultimele secole, mecanismele biologice de activare emoţională au rămas neschimbate şi au devenit chiar anacronice pentru unele persoane. Ele corespund unei societăţi primitive, dominată de ameninţări majore, violente, excepţional de rare în viaţa obişnuită a omului civilizat.

Graţie acestor mecanisme, filogenetic învechite, multe persoane se emoţionează excesiv, nemodulat în raport cu datele situaţiei reale, fapt cu profunde consecinţe negative psihice şi fizice. Printre efectele fiziologice negative însoţitoare ale supraactivării emoţionale durabile se enumeră secreţia hormonilor de stress (mai ales a celor cortico-suprarenali), creşterea grăsimilor în sânge, a colesterolului endogen, uzura biologică, obezitatea şi îmbătrânirea precoce.

Reducerea efectelor nocive, resimţite sub forma încordării musculare şi mintale, a preocupat pe mulţi, mai ales în Orient, unde în jurul unor doctrine religioase cum ar fi budhismul, taoismul, zen, s-au născut tehnicile de combatere cele mai eficace. Ele au constituit surse fundamentale de inspiraţie pentru tehnicile actuale de relaxare. Spre deosebire de exerciţiile propriu-zise, convingerile religios-filosofice orientale însoţitoare au pătruns numai periferic în lumea contemporană (vezi Rudolf Steiner), poate datorită antitezei lor totale cu filosofia occidentală, orientată spre performanţă, implicare, angajare şi eficacitate.

Importanţa metodelor actuale de relaxare trebuie apreciată şi prin prisma evoluţiilor actuale din lumea informaţională şi a afacerilor. Accelerarea ritmului vieţii şi bombardamentul informaţional, aproape neîntrerupt, impun individului reacţii cognitive, emoţionale şi chiar fizice pe măsură, iar sarcinile unui prezent copleşitor, ce biciuieşte continuu individul, riscă să îi împiedice relaxarea, detaşarea, repausul. Readucând biologicul în drepturile sale, metodele de relaxare corporală şi mintală apar ca o contrapondere valoroasă faţă de excesele civilizaţiei contemporane.

Printre indicaţiile tehnicilor de mai sus se enumeră situaţiile care necesită moderarea şi stăpânirea participării emoţionale, în acest sens fiind susceptibile atât persoanele obişnuite, cele care vor să-şi îmbunătăţească performanţele (sportivii de marcă, skiorii, gimnastele, fotbaliştii, timizii, cei cu trăiri de insuficienţă), cât şi aceia care suferă de efectele excesului de încărcare existenţială, de stress, realizând că sunt afectaţi sau chiar bolnavi.

Între cei tulburaţi emoţional se află o largă paletă de persoane suferinde de stări anxioase, fobii, disfuncţii sexuale sau profesionale, diverse stări nevrotice, irascibilitate, pierderea controlului emoţional, crize de mânie şi agresivitate, eşecuri de toate felurile şi altele.

Indicaţiile medicale ale relaxării [A. Haynal, W. Pasini , M. Archinard, 1997] includ durerile cronice rebele la tratamentele medicale, cefaleele migrenoase şi de tensiune, dismenoreele, dispepsiile neulceroase, insomniile. Relaxarea a fost aplicată în gestiunea stressului la hipertensivi, la suferinzii de astm bronşic sau de diabet. Relaxarea este cuprinsă, de asemenea, în majoritatea programelor de reabilitare după infarctul miocardic.

Indiferent de "culoarea" emoţiei apărute, anxietate sau mânie şi care e dată de contextul situaţional, reducerea activării neuropsihologice se realizează prin relaxare musculară sau mentală şi distragerea atenţiei. Celelalte tehnici cunoscute au fost grupate în seturi compacte destinate să "administreze" diferenţiat fiecare din cele două stări emoţionale menţionate. În context se vorbeşte despre managementul (administrarea) anxietăţii sau a mâniei.

10.3.1. Relaxarea musculară. Răspunsul de relaxare [H. Benson 1975] a fost caracterizat prin apariţia unei stări de detentă musculară, concomitent cu o trăire de linişte şi calm, cărora le corespund reducerea tensiunii arteriale, a bătăilor cardiace, a numărului de respiraţii, creşterea rezistenţei electrice a pielii şi creşterea procentajului de unde alfa în electroencefalogramă.

Răspunsul de relaxare apare ca o replică corectoare a stării de tensiune musculară excesivă, rezultată din supraactivarea fusurilor musculare prin intermediul fibrelor gamma, cu conexiuni în formaţiunea reticulată a trunchiului cerebral. Încordarea musculară excesivă se condiţionează, declanşându-se apoi

automat în situaţiile de ameninţare. Încordarea musculară excesivă se reproduce apoi prin învăţare. Prin practica exerciţiilor de relaxare se produce o dezvăţare, ajustându-se activarea musculară la un nivel mai scăzut, mai adecvat.

Învăţarea relaxării se realizează prin diverse procedee: **autosugestia** - în care persoana în cauză se concentrează asupra senzaţiei de căldură şi de greutate în membre -, **hipnoza** realizată de un profesionist - care induce din afară sugestia de relaxare musculară şi mentală -, **biofeedback**-ul ce monitorizează şi transmite clientului răspunsurile sale fiziologice sau metodele de meditaţie yoga, meditaţia transcedentală şi altele.

Printre metodele recunoscute de relaxare musculară se enumeră: **trainingul autogen Schultz, relaxarea musculară progresivă Jacobson** [1938], **relaxarea psihotonică Ajuriaguerra, yoga** şi alte exerciţii sistematice.

O cale mai puţin sistematică, dar eficace, de a obţine relaxarea musculară este efectuarea de activităţi fizice intense, cu mare consum de energie: în gospodărie, sporturi, în activitatea sexuală. Activităţile respective reprezintă conduite eliberatoare, reductoare de energie. Pe lângă oboseala firească se produce şi o trăire de uşurare, de bună dispoziţie, prin eliberarea de endorfine endogene. Ea apare ca efect al consumului substanţelor neurotransmiţătoare produse în exces în stările de stress. Pentru a induce trăirea de relaxare, consumul de energie trebuie să fie proporţional cu resursele fiecăruia, pentru a evita efectul contrar, extenuarea.

10.3.1.1. Relaxarea musculară progresivă [E. Jacobson 1938] se referă la cultivarea răspunsului de relaxare prin învăţare activă. Ambianţa camerei trebuie să favorizeze relaxarea printr-un decor liniştit, lumină difuză, discretă. Subiectul va fi solicitat să stea întins, fie într-un fotoliu, fie pe o saltea sau un scaun cu spetează pentru cap, cu toate cheutorile desfăcute ca şi şireturile de la pantofi, cravata. Se scot, de asemenea, ochelarii. Relaxarea reprezintă o modalitate de a se confrunta cu viaţa de fiecare zi, care trebuie învăţată atât sub instruirea instructorului cât şi prin exerciţii independente, acasă. Subiectul trebuie să înveţe să devină conştient de tensiunea sa musculară de fond din starea de repaus şi de exacerbările sale în timpul diverselor solicitări.

Ciclul de acţiuni destinat fiecărui grup de muşchi în parte este alcătuit din: 1) focalizarea atenţiei asupra unui grup muscular; 2) contractarea sau punerea sa în acţiune: 3) menţinerea contracturii pentru 5-7 secunde; 4) eliberarea tensiunii din muşchi prin încetarea contracturii; 5) relaxarea prin concentrarea atenţiei asupra reducerii tensiunii din muşchi. Faza de relaxare finală va dura 30-60 secunde.

Instruirea se începe cu ochii deschişi, clienţii urmărind demonstraţia instructorului. Se începe cu mâna şi antebraţul drept, urmat de bicepsul drept, apoi se trece în aceeaşi ordine la stânga. Urmează fruntea, ochii şi partea superioară a obrazului, apoi partea de jos a obrazului şi fălcile, ceafa şi gâtul, abdomenul, coapsa dreaptă, gamba dreaptă, piciorul drept, idem pentru partea stângă. Pentru stângaci se începe cu partea stângă.

Indicaţiile sună astfel: *"Acum îmi concentrez atenţia asupra pumnului şi antebraţului drept"; "acum îmi contract pumnul şi pun în tensiune muşchii antebraţului drept. Îi menţin sub contractură"* (5-7 secunde); *"acum eliberez cât pot de repede mâna şi antebraţul drept"; "îmi reduc tensiunea musculară, lăsând aceşti muşchi să fie din ce în ce mai relaxaţi".*

Faza finală de relaxare este acompaniată de graba de a elimina tensiunea şi de a trăi relaxarea, uşurarea din ce în ce mai profundă. Odată învăţat ciclul relaxare/tensiune, clientul va repeta încă odată contractura aceluiaşi grup muscular, apoi va continua cu celelalte grupe musculare precum urmează:

- bicepsul drept: "flectează antebraţul pe braţ prin contractura bicepsului şi a muşchilor braţului drept superior";
- idem pentru membrul superior stâng;
- fruntea, ochii, nasul, şi partea superioară a obrazului: "ridică sprâncenele cât se poate de sus, încrucişează ochii şi încreţeşte nasul la maximum";
- fălcile şi partea de jos a obrazului: "strânge dinţii şi trage colţurile gurii înapoi";
- ceafa şi gâtul: "contractă capul în faţă până atinge pieptul şi rezistă să rămână în această poziţie";
- pieptul şi umerii: se trage înapoi de umeri împreună şi se efectuează o respiraţie adâncă;
- abdomenul: "contractă muşchii abdominali ca şi cum te-ai apăra de o lovitură";
- coapsa dreaptă: "încordează muşchii piciorului drept prin presarea celor mai sus în jos şi a celor inferiori în sus";
- gamba dreaptă: "extinde piciorul drept şi ridică degetul mare în sus către tine";
- piciorul drept: "arată cu degetul mare, răsuceşte-l şi întoarce-l către înăuntru";
- idem pentru membrul inferior stâng.

Odată familiarizaţi cu exerciţiile, clienţii vor putea să stea cu ochii închişi. Deşi este greu să se obţină o relaxare completă de la început, se poate începe cu evaluarea posturii şi respiraţiei ca expresie a stării de detentă fizică. În caz de eşec în relaxarea unui grup muscular, se poate începe cu altul. La sfârşitul şedinţei se poate discuta calitatea percepţiilor trăite de subiect.

Terminarea unei şedinţe de relaxare se face numărând de la 5 la 1. Când se ajunge la unu se propune o relaxare ca şi cum te-ai trezi după un somn adânc, o bucurie pentru 1-2 minute. Pentru a se creşte motivaţia se va discuta despre importanţa relaxării în viaţa de fiecare zi. Se propune apoi efectuarea exerciţiilor de relaxare acasă pe o durată cuprinsă între 5-15 minute Pentru evaluarea calităţii acestor exerciţii se va nota ora de efectuare, modificările de tonus, relaxarea obţinută, gândurile perturbatoare survenite.

Procedurile de relaxare musculară rapidă, economicoase ca timp şi eforturi, se pot învăţa după ce clientul reuşeşte bine să efectueze modelul clasic, obţinând o relaxare profundă, de bună calitate. Se pot contracta câte 3-4 grupe musculare în acelaşi timp, precum urmează: membrul superior; faţa, gâtul şi ceafa; umărul, pieptul şi abdomenul; membrul inferior. Apoi se poate realiza şi **relaxarea musculară simultană,** cu contractura tuturor grupelor musculare deodată. O formulă de instruire pentru relaxarea musculară simultană sună astfel: *"Aş dori să închideţi ochii strâns, să respiraţi adânc şi să contractaţi în acelaşi timp pumnii, braţele, să întăriţi bicepşii, să vă încruntaţi foarte tare, să împreunaţi umerii la spate şi să contractaţi membrele înferioare"; "Acum respiraţi o dată adânc şi încordaţi puternic fiecare muşchi... ţineţi astfel 5 secunde"; "Acum eliberaţi şi relaxaţi cât se poate de repede şi de profund e posibil".*

După Powell şi Enright [1990], în învăţarea relaxării musculare progresive este posibilă utilizarea sugestiei de tip hipnotic, care facilitează experienţa perceptuală. Ea induce mari aşteptări din partea clientului, care va învăţa să simtă senzaţii de greutate şi relaxare în corp.

Începerea exerciţiilor de relaxare musculară ar putea fi precedată de cele de respiraţie profundă. Înainte de a începe exerciţiul se închid ochii şi se respiră pe nas, respiraţii adânci, abdominale, neforţate. Se pronunţă cuvântul "calm" ori de câte ori se respiră. Muşchii încep să se relaxeze treptat şi se va dezvolta o senzaţie de calm şi greutate. La încheierea exerciţiilor musculare se reiau respiraţiile profunde şi se repetă cuvântul "calm." Treptat se realizează o asociere între cuvântul "calm" şi senzaţia de relaxare musculară profundă.

Este importantă trăirea de greutate în corp în timpul relaxării. Pe măsură ce se răspândeşte senzaţia de greutate în corp, se accentuează şi trăirea de bine, de calm. Relaxarea musculară progresivă este foarte valoroasă în desenzitivizarea sistematică. În aproximativ 2-3 săptămâni se pot obţine rezultate remarcabile, subiectul ajungând să stea liniştit în pat fără să resimtă vreo tensiune.

Relaxarea muşchilor frontali se corelează cu senzaţia de calm dar care nu persistă după încheierea perioadei de exerciţii, ceea ce sugerează necesitatea utilizării lor în mod repetat [M. Raskin, G. Johnson, J. Rondestvedt 1973].

Reeducarea psihotonică [J. de Agurriaguerra] utilizează aspectul relaţional al tonusului muscular sub forma de dialog relaxant între profesionist şi client. Nu se învaţă exerciţii propriu-zise, nu se oferă sugestii. În schimb, clientul învaţă să cunoască relaxarea ca o descoperire a corpului în relaţia cu altul.

Se începe sugerând clientului să îşi concentreze atentia asupra unui braţ, apoi asupra altuia, asupra spatelui, feţei, respiraţiei şi ritmului cardiac. Subiectul îşi face experienţele de conştientizare împreună cu profesionistul căruia îi împărtăşeşte trăirile sale imediate. Tehnica permite subiectului să îşi retrăiască experienţe anxiogene anterioare, cum ar fi cele de dependenţă exagerată, de

vulnerabilitate, de singurătate, care produc adesea panică, mai ales acel "a fi cu tine însuţi", distanţarea sau apropierea de un altul.

Munca terapeutică constă în securizarea clientului şi interpretări menite să ducă la autoînţelegere şi la percepţia corectă a semnificaţiei stării fiziologice. Pregătirea profesionistului în terapia analitică permite interpretarea corectă a trăirilor corporale, a relaxării, a rezistenţelor, a fantasmelor, reîncălzirea amintirilor, înţelegerea reacţiilor transferenţiale. Ele sunt preluate de terapeut care aduce liniştea clientului şi asigură trăirea de detentă musculară via detenta psihică. Treptat, conştientizările devenite relaxante sunt introduse în viaţa obişnuită.

10.3.1.2. Trainingul autogen Schultz se introduce printr-o scurtă informare în care se comunică noţiunile de fiziologie şi de funcţionare a sistemului vegetativ. Se arată că funcţiile somatice sunt involuntare. Ele nu se supun voinţei şi reacţionează la emoţii şi la imaginaţie, exemplul cel mai elocvent fiind apariţia salivaţiei la reamintirea vie a unui fel de mâncare apetisant. În introducere se menţionează că se vor învăţa exerciţii cu rezultate ceva mai lente, care apar pe măsura îndeplinirii lor cu succes. Înaintea începerii exersării, pacientul va trebui să se destindă, se va aşeza într-un fotoliu confortabil. Pregătirea, ca şi exerciţiile de bază se poate efectua în grup.

La început se vor exersa exerciţiile de bază. Ele vor fi enunţate astfel: *"Vă rog să vă aşezaţi în poziţia de exersare, închideţi ochii".* Apoi fiecare participant se va concentra singur asupra indicaţiei următoare: *"Sunt foarte liniştit. Braţul drept este foarte greu"* (la stângaci, braţul se va inversa). După trecerea unui minut se reia tonusul iniţial la ordinul: *"Braţele fixe, respiraţi adânc, deschideţi ochii".* Acest exerciţiu se repetă de 3 ori apoi clienţilor li se comunică să repete exerciţiul în acelaşi fel acasă, de 3 ori pe zi, dimineaţa, la prânz şi seara. Întregul program de exerciţii este următorul:

"Vă rog să luaţi poziţia de exersare!
Închideţi ochii!
Sunt foarte liniştit!
Braţele şi picioarele sunt foarte grele!
Braţele şi picioarele sunt foarte calde!
Inima bate liniştită şi puternic!
Respiraţia este foarte liniştită!
Abdomenul iradiază căldură!
Fruntea este răcoroasă, plăcut!
Braţele fixe!
Respiraţie adâncă!
Deschideţi ochii!"

După două săptămâni se introduce exerciţiul care produce căldură iar după 4 săptămâni cel al inimii, după aceea exerciţiul respiraţiei, mai târziu cel al

ale biofeedbackului sunt aceleaşi cu cele pentru alte forme de relaxare. Biofeedback-ul s-a dovedit valoros în reducerea cefaleei prin creşterea tensiunii musculare şi în combaterea insomniilor, dar nu a reuşit să reducă anxietatea flotantă.

10.3.3. Relaxarea mintală reprezintă o stare de detentă, de bine în spaţiul subiectiv al conştiinţei, prin inducerea de gânduri realiste, optimiste şi de echilibru emoţional. Subiectul trăieşte senzaţia de control al vieţii, de echilibru şi de bună funcţionare a fiinţei sale. El se simte bine "în pielea sa", adică se acceptă aşa cum este. Stării de bine îi corespunde sănătatea mintală şi un anumit grad de iubire de sine, denumită narcisism în psihanaliză. Totodată, ea depinde şi de îndeplinirea nevoilor persoanei respective şi, mai ales, a aşteptărilor şi aspiraţiilor sale.

Această senzaţie apare ca un ideal şi este rareori trăită de numeroase persoane, datorită multor cauze, între care se pot cita: 1) existenţa unor gânduri negative activatoare ale emoţiilor; 2) existenţa emoţiilor supărătoare sau copleşitoare şi a componentelor lor psihofiziologice alarmante; 3) existenţa disfuncţiilor corporale legate de un regim de viaţă caracterizat prin de tot felul de excese: supraîncărcare prin muncă, supralimentaţie şi multe altele.

Emotivitatea excesivă, generată de preocupări neplăcute, de griji, exprimată prin anxietate, poate să determine constituirea ciclului vicios de amplificare, descris de către James-Lange. Percepţia modificărilor fiziologice caracteristice, a tensiunii musculare exagerate, a transpiraţiilor, palpitaţiilor, respiraţiei precipitate poate să înspăimânte, să provoace frământări care să accentueze anxietatea iniţială. Se constituie astfel frica faţă de reacţiile proprii, denumită şi frica de frică, ce alimentează starea iniţială de tensiune cu noi grade de emoţie. Dacă subiectul va reuşi să acorde o atenţie redusă senzaţiilor sale, ele vor fi percepute ca mai puţin ameninţătoare şi nu vor mai înspăimânta clientul. Cercul vicios se va rupe.

Cele mai multe metode au în centrul lor **distragerea atenţiei** de la gândurile activatoare ale unor emoţii neplăcute sau de la trăirile şi senzaţiile supărătoare produse de emoţiile respective, obţinerea trăirii de relaxare şi pace sufletească prin **procedee sau exerciţii speciale, reducerea importanţei** acordate mizeriilor existenţei umane printr-o atitudine filosofică adecvată şi prin definirea unui **regim de viaţă echilibrat,** menit să asigure o bună funcţionare corporală.

Pentru o bună parte dintre oameni, relaxarea mintală şi musculară se realizează fără conştientizare, în mod firesc, ca un dat natural. În schimb, după ce au fost pierdute, pentru a le recâştiga este nevoie de înţelegere, de o atitudine conştientă, de eforturi de învăţare şi, posibil, de restructurarea existenţei.

Dacă exerciţiile de distragere a atenţiei sunt acceptate relativ uşor, mult mai dificilă este dezvoltarea unei noi perspective filosofice menită să modifice atitudinea persoanei faţă de propria existenţă şi să-i **reducă gradul de vibraţie**

emoţională. Importanţa acordată unui aspect sau altuia al vieţii depinde în mare măsură de atenţia pe care o fixăm asupra sa şi care acţionează ca o lupă măritoare. Valorile supreme ale existenţei umane propuse de diferitele doctrine pot contribui la o anumită **distanţare** faţă de prezent, de mizerii şi neîmpliniri dar şi la **dezvoltarea de noi resurse adaptative.**

În acest spaţiu se confruntă două doctrine care au în comun distanţarea faţă de neplăcerile trecutului şi ale prezentului. Cea mai elaborată este doctrina budistă, cu acea etapă finală de străduinţă şi învăţătură denumită **nirvana,** în care trăirea în ezoteric, departe de lumea dezlănţuită, în totală detaşare, desprinderea, minimalizarea prezentului, aduce liniştea şi pacea în suflet. Ea s-ar putea rezuma prin atitudinea ciobanului din povestea "cămaşa fericitului" şi este foarte potrivită pentru a reduce supărările nesfârşite ale celor angajaţi prea dur, încleştaţi în lupta vieţii şi care vibrează excesiv în fiecare moment şi la ficcare hop. Un asemenea mod de existenţă resemnat şi idealist este mai degrabă un ideal la care ajung puţini şi după multe strădanii.

Acest model oriental care induce pasivitatea şi nonreacţia, adoptate în anumite aspecte şi de filosofia creştină, şi-a dovedit utilitatea în situaţiile de stress, de lungă durată, fără posibilitate de ieşire, fiind cea mai reuşită soluţie pentru supravieţuirea prizonierilor politici [I. Ioanid 1991-1992]. Este prevenită combustia prematură a organismului prin supraactivarea (overreaction) mecanismelor de apărare care duce la uzura biologică prematură, reacţii psihice brutale, stări depresiv-anxioase, psihotice sau acte nesăbuite generate de disperare.

Marea majoritate a oamenilor sunt atraşi (sau mai curând absorbiţi) de prezentul imediat, fiind confruntaţi foarte adesea cu aspecte care îi supără, îi tulbură şi le ameninţă existenţa. Pentru ei, un mare progres îl constituie apariţia conceptelor de gândire pozitivă şi negativă şi definirea **atitudinilor reactivă şi proactivă** [S. Covey 1995].

Atitudinea reactivă corespunde suprareacţiei de lungă durată, cu concentrarea gândirii asupra pierderilor, nereuşitelor, frustraţiilor, ceea ce generează în mod inerent un şir întreg de gânduri negative, o dispoziţie disforică, alternând în raport cu personalitatea între depresie, anxietate şi mânie. Este atitudinea celor care nu ştiu să piardă.

Răspunsul la această stare de disconfort mintal este **atitudinea proactivă,** gândirea pozitivă, conştientizarea şi punerea în valoarea a resurselor prin iniţiative generatoare de succes şi eficacitate, planificare strictă şi concentrarea asupra viitorului. Se învaţă atitudinea de câştigător, detaşarea de pierderi şi insuccese.

Cu toate că este greu de realizat, **distragerea atenţiei** reprezintă o soluţie imediată pentru a controla semnalele neliniştitoare venite din interior. În general, se conjugă două strategii: 1) în mod deliberat nu se va acorda atenţie semnalelor

neliniştitoare din interior; 2) mintea va fi umplută cu alte preocupări solicitante ca: redirecţionarea atenţiei către ambianţă, utilizarea unui obiect de amintire, jocuri mintale, activităţi diverse (hobby-uri, urmărirea TV, ascultarea muzicii, vizionarea de spectacole, sport, plimbări), oprirea gândurilor, crearea de durere uşoară.

10.3.3.1. Meditaţia transcedentală. Pentru a elibera spaţiul subiectiv de trăirile apăsătoare se pot aplica procedee reputate, cum este şi **meditaţia transcedentală.** Ea induce starea de relaxare prin intermediul unor propoziţii sau cuvinte disparate, care se repetă de multe ori, până la eliminarea celorlalte gânduri. Aceste formule de relaxare se numesc *mantra* şi sunt individualizate, fiind alese formulele care se potrivesc psihicului respectiv. Se pot selecta cuvinte sau fraze cum ar fi *"calm", "mintea mea este calmă"* dar şi indiferente ca "unu... unu... unu" etc. [Benson 1973].

Mantra se utilizează în exerciţii sistematice ce durează circa 15 minute de două ori pe zi. Cel ce meditează se va concentra asupra mantrei în mod relaxat, fără efort, în condiţii asemănătoare celor descrise la relaxarea corporală. Treptat, subiectul începe să se detaşeze de ambianţă, pierde din zgomotele de fond şi semnalele perturbatoare din mediu. Ca rezultat, subiectul rămâne conştient, atent, relaxat şi calm, fapt care duce la reechilibrarea sa atât pe plan fiziologic cât şi psihologic. Astfel se reduce consumul de oxigen şi revin la normal majoritatea constantelor fiziologice circulatorii, dacă acestea nu sunt sever perturbate. Meditaţia este considerată o cale de elecţie în tratamentul hipertensiunii arteriale moderate.

Relaxarea se poate realiza prin umplerea spaţiului mintal cu un conţinut plăcut. Clienţii sunt încurajaţi să-şi imagineze o scenă plăcută, liniştitoare, aleasă de ei înşişi, să se transpună în momentele în care au stat pe malul mării într-o zi calmă, însorită, fără pic de valuri, când marea susură lin şi privind în zarea nesfârşită la albastrul ei..., pe o pajişte de munte, pe o câmpie nesfârşită sau într-o poiană verde cu miros de brad.

Subiecţii se vor concentra în aşa măsură că vor pierde legătura cu prezentul imediat, se vor întâlni cu imaginile, mirosurile, adierea vântului şi zgomotele locurilor în care au fost fericiţi şi relaxaţi, readucând în minte aceste momente minunate în locul tensiunilor şi grijilor. Imaginile pot fi stimulate prin ascultarea casetelor audio ce cuprind înregistrări diverse cu zgomote monotone, valurile mării, cântece de păsărele sau muzică clasică, cu ritmuri lente. Ele pot să inducă o substanţială stare de detentă, mergând până la autohipnoză şi somn.

10.3.3.2. Distragerea atenţiei se poate realiza printr-o serie de manevre simple, la îndemâna tuturor, ca de exemplu:

a) **Concentrarea asupra ambianţei** prin atenţia acordată unui detaliu, ca literele de la placa de înmatriculare a automobilelor, mărcile automobilelor, rasele de câini întâlniţi pe stradă, numărarea persoanelor care trec pe stradă, identificarea celor cu ochi verzi dintr-o cameră sau de pe stradă, ascultarea cântecului

păsărelelor etc. Mintea este ocupată şi activă, reducându-se astfel numărul de gânduri generatoare de tensiune.

Caz clinic

La consultaţie s-a prezentat un tânăr de 26 de ani, candidat la facultate, îngrijorat de perspectiva unui nou eşec la examenul de admitere. A avut 6 eşecuri la admitere şi a mărturisit că se teme nu atât de materie, pentru o cunoaşte foarte bine, cât de reacţiile sale din timpul probelor. De obicei începea foarte bine examenul, dar după o oră şi jumătate, în care reuşea să completeze toate întrebările, îl apuca o stare de tensiune nervoasă, de încordare insuportabilă, se tulbura, nu se mai putea concentra, uita, începea să greşească şi partea a doua a temelor nu mai era de calitate.

I s-a propus ca la primele semne de tensiune să se oprească şi să-şi reducă starea de anxietate printr-un exerciţiu de distragerea atenţiei: să încerce să asculte cântecul păsărelelor din curtea facultăţii şi să stabilească cărei specii îi aparţine. După prima probă a raportat satisfăcut că a reuşit să depăşească punctul mort prin aplicarea procedurii propuse însă, neauzind păsărele, s-a concentrat asupra zgomotelor făcute de automobile pe bulevard, încercând să stabilească mărcile lor. A reuşit să se detaşeze complet de atmosfera de examen şi să-şi reia lucrul. După acest succes, a căpătat încrederea că se poate controla şi a trecut mult mai uşor celelalte probe scrise, intrând cu o medie mare la o facultate foarte dificilă.

Caz clinic

Într-un alt caz, un tânăr de 17 ani, cu atacuri de panică, a descoperit un procedeu original de combatere a acesteia. Imediat după ce apărea starea de nelinişte cu palpitaţii, el solicita părinţilor să-l suie în automobil şi să facă o plimbare de o jumătate de oră, fapt care îl distra îndeajuns încât se liniştea. El prefera să stea lângă şofer. Pentru el imaginile oraşului erau atât de atrăgătoare încât nu mai percepea palpitaţiile.

b) **Provocarea de durere** creează semnale la care creierul este obligat să răspundă foarte repede, ignorând celelalte excitaţii concomitente. Se poate declanşa o durere [T. Powell, S. Enright 1990] prin înfigerea unghiilor în podul palmei, ciupirea lobului urechii, lovirea uşoară a obrazului sau strângerea mâinii cu o bandă elastică. Acţionează, dar numai pe scurtă durată. De aceea, pentru distragerea atenţiei pe o durată mai lungă este nevoie de alternative mai plăcute.

c) **Utilizarea unui obiect drag** care aduce amintiri plăcute: o fotografie, ceva (un fapt, un lucru) dintr-o călătorie care poate să stimuleze aducerea în memorie a unor momente plăcute etc. Întotdeauna este necesar să avem o provizie

de amintiri care să readucă bucuria şi să întărească stima de sine în clipele grele de neliniște.

d) **Jocurile mentale** sunt pe larg utilizate în combaterea gândurilor neplăcute. De obicei, se folosesc cuvinte încrucișate, integrame. Unii învață poezii, fac operații matematice simple, se gândesc la combinații, fac desene şi mâzgăleli. Mai există şi unele activități automate, cum ar fi jocul cu mătănii, foarte răspândit în lumea monahală. Înşirarea mătăniilor poate fi un obicei foarte liniştitor.

e) **Dezvoltarea activităților.** O viață trepidantă, ocupată tot timpul cu ceva, reduce substanțial neliniștea. Cele mai reducătoare de stress sunt eficacitatea şi succesul acțiunilor întreprinse. În schimb, golurile în activitate, plictiseala, favorizează autocentrarea anxioasă, de natură să amplifice gândurile negative automate şi depresia. Printre preocupările ce reduc anxietatea se enumeră şi vizionarea de filme plăcute, vesele, fără pretenții, emisiuni interesante care produc reflexii, reuniuni între rude şi prieteni.

Activitatea sexuală este renumită ca formă de descărcare şi reducere a anxietății. Însuşi S. Freud considera că la baza nevrozei anxioase ar sta coitus interruptus şi lipsa eliberării orgastice, o sexualitate nesatisfăcută fiind considerată de mulți profesioniști a sta la baza unor tulburări nevrotice şi psihosomatice.

La formularea unei recomandări este firesc să se exploreze preferințele persoanei în cauză pentru a găsi acele forme care îi aduc un maximum de relaxare şi nu intră în contrazicere cu convingerile sale. Altfel, se va adăuga o nouă contrângere existenței sale.

f) Oprirea gândurilor este o tehnică budistă care necesită instruirea din partea unui terapeut pentru a fi învățată. Ea necesită multă răbdare. Inițial, se propune subiectului să se concentreze asupra gândurilor negative şi tulburătoare şi să le repete cu voce tare. Pe măsură ce se cufundă în această tematică îngrijorătoare, i se cere să se oprească brusc, să bată din palme foarte tare şi să spună cu voce tare "stop". Un asemenea zgomot brutal va întrerupe şirul gândurilor, încât e posibil să se şteargă din minte şi tema la care se gândea anterior clientul.

Această tehnică se va repeta de mai multe ori până când se descoperă că de fiecare dată când se strigă "stop" se vor bloca cu succes gândurile neplăcute. Întotdeauna va fi ales drept țintă un alt punct al şirului de gânduri. Apoi se va trece de la pronunțarea cu voce tare a gândurilor neplăcute către gândirea interioară şi la enunțarea în gând a cuvântului "stop". Pentru a avea efect similar acest transfer către interior, se va gândi că acest cuvânt este brutal, şocant. Este nevoie de o practică repetată de multe ori în cursul fiecărei zile.

10.3.3.3. Managementul anxietății. După specialiştii OMS [1996], un program de asistare a persoanei cu tulburări de anxietate ar trebui să cuprindă următorii itemi:

- informarea asupra semnificației stării de anxietate;
- învățarea identificării simptomelor;
- învățarea confruntării cu stările anxioase, ca atacul de panică şi fobiile sociale, cu gândurile apăsătoare, stările de încordare mintală şi fizice;
- învățarea reducerii dimensiunii supărărilor prin modificarea atitudinii şi a modului negativ de a gândi al persoanei anxioase;
- îmbunătățirea capacității de rezolvare a problemelor;
- cunoaşterea rolului limitat al medicației ca mijloc de tratament.

De cele mai multe ori, subiectul vine ca o persoană disproporționat de înspăimântată de manifestările sale fizice şi trăirile de tensiune, ceea ce impune o fază inițială de ascultare empatică, clarificare şi informare. Ea se poate însoți de introducerea de medicație pe termen scurt. Trebuie discutate avantajele şi dezavantajele medicației. Ea maschează nevoia de schimbare a persoanei, creând un status quo adesea păgubitor, mai ales dacă utilizarea medicației ca "proteză existențială" se prelungeşte.

Un punct important îl reprezintă definirea cadrului existențial, a stressului în urma căruia survine starea de anxietate. După J. Wilkinson şi K. Latif [1973] există întotdeauna o problemă nerezolvată vizibilă sau de fundal, lăsată în aşteptare, față de care subiectul are o atitudine ambivalentă, sau nu îndrăzneşte să o atingă, o problemă amenințătoare față de care "vibrează" excesiv.

Concepția de problemă poate să se refere la relații interpersonale nesatisfăcătoare sau plasate sub semnul ambivalenței, a nesiguranței, în sfera conjugală, familială, intergenerațională, ezitări în orientarea profesională, adaptare socială slabă, marginalizare reală sau relativă în raport cu nevoile de apartenență şi de afirmare ale subiectului, incapacitate de a exprima adecvat nevoile sexuale şi altele. Logic este să se îmbunătățească percepția subiectului asupra problemelor şi apoi capacitatea de a le rezolva, după modelul prezentat mai sus. O schimbare a filosofiei de viață, a modului de a gândi, ar putea să îl facă mai eficient şi să îi reducă din sensibilitățile excesive, scrupulele sau idiosincraziile generatoare de răspunsuri activatoare ale anxietate.

O altă linie este reducerea răspunsurilor exagerate, fizice şi mentale, față de stimulii anxiogeni externi sau interni, prin învățarea procedeelor de relaxare, a metodelor de distragere a atenției, dezvoltarea de activități variate sau învățarea unor metode specifice, expuse mai jos. Ele permit clientului să devină mai stăpân pe sine.

Combaterea atacului de panică. Între formele specifice de combatere a anxietății poate fi inclus **controlul hiperventilației,** care însoțeşte foarte frecvent atacul de panică sau stările de anxietate nevrotică generalizată. Prin reducerea concentrației de CO_2 în sânge, hiperventilația produce un întreg cortegiu de senzații alarmante: amețeli, amorțeli, transpirații, cefalee, sufocare şi altele, care accentuează anxietatea.

Pentru aceasta, persoana trebuie să ia la cunoştinţă mai întâi de faptul că respiră prea frecvent şi să-şi stabilească frecvenţa respiraţiilor pe minut, care vor fi comparate în raport cu normalul. Se vor descrie efectele neplăcute ale modificării concentraţiei gazelor în sânge şi se va propune reglarea respiraţiei la o frecvenţă mult mai mică, de sub 10 pe minut. Prin exerciţiu se realizează **reducerea frecvenţei respiraţiilor** până la normal, apoi sub medie până la 6-8 pe minut sau cu momente de apnee.

Totodată, se va corecta poziţia corpului pentru a reduce tensiunea musculară din jumătatea superioară. Se preferă o lărgire a toracelui prin tragerea umerilor în jos şi pe lături. Se va respira încet din stomac, nu din piept, într-un ritm de numărat până la 4, până se realizează inspiraţia şi acelaşi număr (4) până se termină expiraţia. În cazul în care efectele nu sunt suficiente, se poate trece la a doua manevră.

A doua măsură presupune **reinspirarea aerului propriu** din expiraţie, aer care are o concentraţie crescută de CO_2. Această măsură contribuie la reechilibrarea concentraţiei gazelor din sânge şi refacerea rezervei de CO_2. Pentru aceasta, trebuie pusă o mască pe faţă, alcătuită dintr-un şervеţel, o batistă sau chiar ambele mâini cu palma desfăcută ca un căuş. Apoi se inspiră pe nas şi se expiră pe gură, tot atât de lent ca şi în manevra precedentă, acoperind un interval de timp necesar pentru număratul până la 4.

Prin spaţiul creat de mască, aerul expirat prin gura deschisă este derivat către nas, unde va fi inspirat, ceea ce va duce la creşterea concentraţiei de bioxid de carbon şi va inhiba centrul respirator, ducând la reducerea hiperventilaţiei. Această metodă este recomandată suferinzilor de sindroame cronice de hiperventilaţie. Exerciţiul continuă pentru câteva minute, până se obţine o normalizare a frecvenţei respiratorii şi reducerea semnelor acute de anxietate. Este util să se repete de 4-6 ori pe zi şi să se alterneze cu aerisirea corpului prin exerciţii de respiraţie amplă, rară, de 6-8 ori pe minut.

Cu tot aspectul său dramatic, atacul de panică este benign, de aceea este foarte important ca, prin atitudinea sa, profesionistul să insufle calmul şi să ţină situaţia sub control. Vocea sa va fi fermă şi liniştită. Se va adopta o atitudine empatică şi se va repeta: *"Fiţi calm şi respiraţi propriul aer precum urmează, pentru că reduce neliniştea"; "Acoperiţi nasul şi gura deschisă cu palma mâinii drepte şi faceţi ca aerul expirat să îl inspiraţi din nou"; "Aşa, e bine! Vă descurcaţi!"; "Veţi începe să vă simţiţi mai bine... relaxaţi-vă... cu umerii către spate, pieptul înainte... calm".*

Clienţii nu vor fi contrazişi şi nu se va încerca minimalizarea senzaţiilor pe care le percep şi le trăiesc atât de dramatic. În final, ei vor învăţa să-şi controleze ritmul respirator în timpul atacurilor de panică.

10.3.3.4. Managementul anxietăţii situaţionale presupune pregătirea confruntării cu succes a subiectului cu situaţii care îl înfricoşează, îl timorează, îl pun în dificultate, reducându-i capacitatea intelectuală şi de acţiune. Aceste situaţii sunt întâlnite în fobiile sociale, sexuale, cele de spaţii. Pentru asemenea cazuri concepţia behavioristă a creat tehnicile de desenzitivizare, care implică expunerea gradată a subiectului în imaginaţie sau expunerea directă, pe viu, precum şi tehnicile de expunere brutală, de copleşire directă, cu menţinerea contactului cu situaţia fobogenă pe durată de ore întregi.

Alternativa cognitivă presupune dezvoltarea gândirii pozitive specifice de confruntare, ca răspuns la ideaţia automată negativă (vezi capitolul prelucrarea gândirii). Gândirea pozitivă de confruntare poate fi utilizată înainte de intrarea în situaţie, în timpul expunerii sau mai târziu, pentru a întări comportamentul de succes prin autorăsplătire. În absenţa gândirii pozitive de confruntare, fobiile vor persista după expunerile la situaţii fobogene.

Caz clinic

O avocată de 31 de ani suferea de fobia de expunere în public, ce se manifesta, printre altele, la începutul şedinţelor de tratative cu clienţii. Deşi a reuşit de fiecare dată să îşi mascheze panica ce însoţea întâlnirile de afaceri, la sfârşitul lor în loc să se aprecieze, să se admire pentru modul în care a reuşit, ca îşi spunea "Am reuşit eu acuma, dar data viitoare nu voi mai putea şi atunci am să mă fac de râs, am să leşin, clienţii vor descoperi că sunt bolnavă, mă vor părăsi, îmi voi pierde serviciul şi va fi rău pentru mine". În fapt clienta îşi reîntărea fobia, când ar fi putut să o slăbească prin trăirea bucuriei succesului şi, implicit, a stimei de sine. Efectiv, starea de anxietate se reducea considerabil de fiecare dată după ce se ajungea la mijlocul şedinţei dar revenea după încheierea ei.

10.3.3.5. Managementul mâniei şi agresivităţii. Acesta reprezintă un capitol mai puţin abordat în literatura de specialitate. Persoanelor mânioase sau cu izbucniri agresive le sunt rezervate mai curând oprobiul public sau pedepsele.

Pentru a dezvolta un program de reducere a intensităţii stării de mânie şi de control al agresivităţii, subiectul trebuie evaluat în prealabil printr-un interviu care să-i analizeze personalitatea, mai ales temperamentul, modul de exprimare şi gradul de control al emoţiilor încă din copilărie, educaţia primită, stilul educaţional al familiei, stilul său actual dominant de confruntare cu lumea, filosofia sa de viaţă în legătură cu emoţiile, posibilităţile sale intelectuale, abilităţile de comunicare, stima de sine, capacitatea sa de "rezolvare a problemelor", dimensiunile stressului în care trăieşte.

Punctele esenţiale ale unui program de reducere a anxietăţii sunt:

- acceptarea unui tratament chimioterapic, sedativ, de reducere a stării de irascibilitate, de creştere a pragului faţă de mânie. Medicamentele indicate cuprind neuroleptice, între care se detaşează clopixolul, neuleptilul, levomepromazina, clordelazinul, stabilizatori de dispoziţie, preparate de valproat de sodiu, carbamazepină, rareori benzodiazepine. Celelalte puncte ale programului pot fi discutate şi chiar negociate numai după obţinerea unui grad de echilibrare afectivă, posibil în cadrul unei intervenţii de criză [Oancea C. 2000];

- dezvoltarea autocontrolului răspunsului agresiv prin exerciţii simple, de amânare, elaborarea de răspunsuri alternative;

- îmbunătăţirea capacităţii de comunicare verbală, îmbogăţirea vocabularului, o formulare mai exactă a cererilor, nemulţumirilor, frustraţiilor etc.;

- creşterea eficacităţii sociale, prin achiziţia de abilităţi sociale şi învăţarea alternativelor la răspunsurile agresive în următoarele situaţii critice: prezentarea, solicitarea de favoruri, răspunsul la conflicte şi frustraţii, aflarea veştilor proaste, negocierea, solicitarea cooperării etc.;

- modificarea filosofiei de viaţă, renunţarea la agresivitate ca mod de afirmare personală şi socială, care poate reprezenta o componentă a stilului dominant, autoritar. Totodată, este importantă utilizarea agresivităţii în slujba competiţiei, a luptei pentru putere, renunţarea la jocurile psihologice agresive de control şi manipulare de tipul "micii agresivităţi" sau, mai grav, a "marii agresivităţi" ca forme de impunere, mai ales în cercul familial, învăţarea respectului faţă de opinia altuia, indiferent dacă celălalt a greşit sau are dreptate;

- modificarea stilului de rezolvare a problemelor, care poate fi defectuos, fie prin asumarea unor răspunderi excesive fie prin pasarea lor asupra altora;

- solicitarea sprijinului unui profesionist.

Clarificarea filosofiei de viaţă de esenţă egoistă sau egofilică presupune un migălos proces de analiză, care are ca obiectiv schimbarea percepţiei despre sine însuşi, despre cei din jur, identificarea satisfacţiilor ascunse din spatele actului agresiv, a raţionalizărilor prin care actul respectiv este prezentat ca un gest de "apărare" firesc. Frustraţiile ce pot sta la originea actului agresiv pot fi justificate, însă modul lor de exprimare rămâne inacceptabil.

Alteori frustraţiile pornesc de la aşteptări nerealiste, mânia corespunzând unor exigenţe exagerate faţă de cei din jur. Frecvent, agresivii adoptă o filosofie a violenţei ca stil de viaţă şi o folosesc în rezolvarea oricărui diferend dintre ei şi restul lumii, adesea fără a o conştientiza. Analiza agresivităţii se realizează cu menţinerea discuţiei la un nivel obiectiv, interpretări moderate care nu trebuie să încrimineze neapărat persoana agresivă ci să îi ofere o înţelegere nouă a vieţii şi să o ajute să îşi dezvolte abilităţile de coexistenţă şi cooperare cu cei din jur.

Subiectul trebuie să conştientizeze contribuţia sa la trăirile maladaptative şi efectele destructive ale acestora, să ajungă el însuşi la acceptarea schimbărilor.

După depăşirea rezistenţelor, el poate beneficia de programe închegate, cum ar fi cel de învăţare a abilităţilor sociale.

Învăţarea poate începe abia după conştientizarea punctelor de mai sus, prin adoptarea unei atitudini mai raţionale, după perceperea deficitului de abilităţi sociale ce contribuie la dezadaptare, câştigarea motivaţiei pentru schimbare şi a unui oarecare echilibru emoţional. A. Goldstein şi colab. [1980] au prezentat un pachet integrat de abilităţi, centrat asupra reducerii expresiei agresivităţii la adolescent, valabil şi pentru vârste mai mari. El cuprinde următoarele abilităţi: a cere permisiunea, a împărtăşi opinii, a ajuta pe alţii, a negocia, a utiliza autocontrolul, a şti să îţi aperi propriile interese, să răspunzi la sîcâielile din partea altora, a evita încurcături, tulburări cu alţii, a controla pofta de bătaie.

Conexe sunt abilităţile de confruntare cu stressul în care au fost incluse: a formula o plângere, a răspunde unei plângeri, a te descurca cu starea de încurcătură, în situaţia de a fi părăsit, a apăra un prieten, a răspunde încercărilor exagerate de convingere, a răspunde la eşec, a răspunde solicitărilor contradictorii, a răspunde acuzaţiilor, a te pregăti pentru o discuţie dificilă, a răspunde presiunilor grupului etc. Procesul de învăţare se poate desfăşura individual sau în grup. Învăţarea cooperării este o sarcină complexă, care se poate obţine într-o situaţie limită sau deosebită, în excursii pe trasee dificile [A. Roberts 1979], în realizarea unor sarcini suprapersonale într-un grup, dar poate face parte din abilităţile ce se câştigă în familie şi în colectivele profesionale.

10.3.3.6. Managementul depresiei. În ultimele decenii, prin dezvoltarea terapiei cognitive, a sfătuirii şi a nursingului, s-au produs importante schimbări în îngrijirea depresiei, care urmăresc transformarea depresivului într-o persoană activă, implicată în activităţi specifice de combatere a trării depresive. Ele vin să completeze contribuţia fundamentală a medicaţiei antidepresive. Un asemenea program nu are ca scop controlul imediat, urgent, al simptomului depresiv ci combaterea depresiei, în general, şi a consecinţelor sale asupra persoanei. Informarea persoanei depresive este prima operaţie psihoterapică. Ea trebuie să ducă la: recunoaşterea simptomelor depresive ca aparţinând unei stări psihopatologice, atribuirea corectă a semnificaţiei lor şi disocierea Eului de ele, mai ales în formele de depresie majoră; de asemenea, stabilirea factorilor declanşatori ai depresiei.

Urmează cunoaşterea componentelor tratamentului, a ponderii medicaţiei versus tratamentele psihologice, a contribuţiei proprii în realizarea obiectivelor tratamentului, identificarea corectă a problemelor existenţiale, stabilirea realistă a dimensiunilor lor prin delimitarea ariilor pozitive din viaţa clientului, dezvoltarea unor strategii îmbunătăţite de rezolvare sau de a lucra cu ele, creşterea timpului petrecut în activităţi plăcute, de rutină, analizarea gândirii şi atitudinilor negative, învăţarea şi aplicarea alternativelor de gândire pozitivă (vezi capitolele respective).

Variabila critică în începerea unui tratament psihologic complementar o reprezintă depăşirea trăirilor de neputinţă, a lipsei de chef, a paraliziei voinţei depresivului, care solicită intens persoanele din jurul său. Sunt utile ingredientele clasice ale terapiei suportive: încurajarea, sprijinul, persuasiunea şi îndemnurile repetate şi chiar ajutorul practic. Subiectul nu este un leneş şi acest lucru trebuie subliniat, respectându-se suferinţa şi rolul de bolnav.

10.4. MANAGEMENTUL CRIZEI

10.4.1. Definiţia crizei. Termenul de criză a fost introdus de către însuşi Hippocrate, pentru a desemna o fază decisivă, de exacerbare a simptomelor unei boli, fără a preciza evoluţia ulterioară către vindecare, agravare sau cronicizare. Termenul a fost reluat în medicină în secolul XVI de Ambroise Parre, iar în psihiatrie de către K. Lindemann [1944] şi a fost teoretizat de G. Caplan [1962]. În limbajul curent criza desemnează stări sau situaţii deosebite, excepţionale, cu important potenţial de violenţă, de schimbare, având o mare expresivitate [T. Lemperiere 1991] şi care se pot întâlni în viaţă socială, economică, politică, în ştiinţă etc.

În accepţiunea psihologică actuală, criza reprezintă o stare sau o situaţie devenită intolerabilă prin tensiunea indusă şi potenţialul său de dezvoltare, faţă de care resursele anterioare adaptative ale persoanei sau ale grupului sunt depăşite. Ea marchează o perturbare, o ruptură, un conflict. Nu mai sunt găsite soluţii cu ajutorul regulilor interne existente iar pentru rezolvarea situaţiei este nevoie de intervenţia cuiva din afară, cum ar fi poliţia, urgenţele medicale, biserica.

10.4.2. Etiologia crizei. Se descriu 3 categorii fundamentale de crize: 1) cele legate de lipsa de răspunsuri noi, adecvate în raport cu intrarea subiectului în stadiile următoare ale ciclul vieţii; 2) crizele accidentale; 3) cele determinate de presiunea devenită insuportabilă a unor factori exteriori, cunoscuţi sub denumirea de stress.

1. Primele sunt previzibile, fiind determinate de remanierile bio-psihologice fireşti: pubertatea, maternitatea, menopauza, îmbătrânirea.

a) Noile faze ale ciclului vieţii aduc cu ele hiatusuri mai mult sau mai puţin vizibile legate de schimbarea coordonatelor existenţei, a perspectivelor şi resurselor, iar pe de altă parte se menţine elementul de continuitate al vieţii biologice şi psihice prin influenţa trecutului asupra prezentului. În perioada critică, nevoia unei schimbări a concepţiei de viaţă şi de adoptare a unor roluri noi devine din ce în ce mai presantă, mai iminentă.

Caz clinic

La consultaţie a venit un bărbat de 42 de ani, profund dezamăgit de nereuşita în viaţa sentimentală. Este necăsătorit şi a locuit pentru mai mult de un an în casa unei tinere divorţate cu un copil. Convieţuirea lor a fost marcată de certuri violente, el aşteptându-se ca iubita lui să-i acorde o atenţie şi un respect cu totul deosebit. Îi place să se impună, să fie ascultat cu religiozitate. Deşi este intelectual, nu a ezitat să o ameninţe şi de câteva ori a lovit-o în cursul unor controverse. Crede că este de datoria oricărui bărbat să procedeze astfel. Acum nu înţelege de ce a fost "expulzat", considerându-se o victimă.

În trecut a rupt numeroase legături şi a părăsit fără vreo remuşcare multe tinere. Se simte ca un adolescent care trebuie să fie adulat, ascultat şi protejat, el întâi şi restul familiei după. Nu făcuse nici o promisiune fermă doamnei cu care a convieţuit în ceea ce priveşte viitorul sau o eventuală căsătorie. Este evident că actuala criză, aparent exterioară, este determinată de incapacitatea sa de a evolua de la psihologia de adolescent la cea de bărbat matur, generos, tată şi soţ protector.

Copil unic al unor părinţi foarte bătrâni, a fost privit mereu de către aceştia ca o speranţă profesională care urma să se realizeze într-un viitor incert. El urma să se realizeze şi printr-o căsătorie de excepţie, pe măsura "adevăratelor sale posibilităţi". În fapt, subiectul nu dăduse până atunci nici o dovadă a calităţilor sale "deosebite", nepromovând nici un concurs, fapt care i-a creat numeroase frustraţii şi o slabă stimă de sine.

În pofida nerealizărilor şi a stării prelungite de incertitudine, el se iluziona şi îşi vedea un viitor "dilatat", încărcat tot felul de şanse. De altfel, la fiecare ceartă cu tânăra sa concubină părinţii îl chemau acasă, unde îl aprobau pe de-a întregul, deşi brutalitatea sa ar fi meritat o altă atitudine, afirmând pentru consolare că fata nu este de el, că au ei deja pregătite "alte fete", mult mai potrivite pentru o viitoare căsătorie.

b) Criza poate fi provocată nu de rămânerea în urmă într-o etapă anterioară a existenţei, a mentalităţii ci, din contră, de intrarea bruscă într-un stadiu nou al concepţiilor şi atitudinii faţă de viaţă, fapt care creează conflicte cu situaţia existenţială anterioară, rămasă neschimbată. Astfel, accentuarea nevoilor de autonomie, la începutul crizei de adolescenţă, surprinde pe cei din jur şi pe adolescentul însuşi. Apar pretenţii abrupte de independenţă, de libertate, sexualitatea se poate exprima agresiv în familie şi societate. Criza internă se răsfrânge curând în planul relaţiilor interpersonale.

c) Criza poate fi pregătită pur şi simplu de o schimbare de mentalitate legată de ciclul vieţii, în cazul tensiunilor conjugale, denumite generic drept *boala conjugală* [R Tordjman 1993] prin modificarea aşteptărilor unuia dintre parteneri, uzura şi monotonia gesturilor sexuale, pierderea afecţiunii etc.

Deşi aparent criza este rezultatul unor incidente sau situaţii conflictuale acute, infidelitatea unui partener, certuri, plecări de acasă şi altele ce indică destul de vizibil vinovăţia cuiva, ea are întotdeauna un fundal, pe care se profilează diferenţele de concepţii, de atitudini, de comportamente de tipul celor menţionate mai sus, ca factori generatori de tensiune intra şi interpersonală.

2. La originea altor crize predomină cel puţin aparent impactul factorilor exteriori. Aceştia pot fi reprezentaţi de un eveniment de viaţă negativ, psihotraumatic. Acesta a fost definit ca unul care "tulbură pe aproape oricine". Evenimentul psihotraumatic se află "în afara seriei de experienţe umane normale" [Asociaţia Psihiatrică Americană], este o experienţă copleşitoare. El poate da naştere tulburării de stress postraumatic, reprezentat de o disfuncţie durabilă în viaţa intra şi interpersonală [DSM IV 1994].

În faţa veştilor proaste, cum ar fi: moartea, apariţia unei boli grave, producerea unui accident, nevoia unei intervenţii chirurgicale, aflarea despre un handicap fizic şi psihic şi altele, reacţiile pot fi copleşitoare, iraţionale şi pot determina apariţia unor gesturi extreme. Alte stări de criză pot rezulta de pe urma agresiunilor, a violului, violenţei domestice, invalidităţii produsă după accidente, participării la situaţii excepţionale, dezastre, incendii, cutremure, inundaţii, război sau ocupaţie, pierderea familiei. De altfel, conceptul de criză a fost creat de K. Lindemann [1944] după incendiul de barul Coconut, când s-a confruntat cu suferinţa a zeci de persoane, rude ale celor arşi.

Dificil de suportat sunt emigraţia, plecarea într-un alt oraş, intrarea într-un nou serviciu, câteodată chiar promovarea, apariţia unui nou membru al familiei, mai ales naşterile nelegitime, dar şi cele normale, care implică, mai ales la primul copil, reorganizarea întregii existenţe. Tulburările legate de adaptare la un mediu nou au fost delimitate temporal în DSM - IV ca fiind legate de primele 6 luni petrecute în noua situaţie, deşi o bună adaptare profesională ar solicita un interval cam dublu.

10.4.3. Contribuţia stressului. Există situaţii nefavorabile durabile, în care mai multe variabile existenţiale cumulate presează asupra persoanei care, la un moment dat, se simte depăşită, incapabilă să mai lupte. Situaţiile nefavorabile pot reprezenta o problemă personală dar, cel mai adesea, exprimă disfuncţia unui sistem social, cum ar fi: cuplul conjugal, relaţiile părinte-copil, a întregului grup familial, a unui colectiv de muncă, a altor grupuri. În acest caz, tensiunea şi nemulţumirea apăsătoare sau de nesuportat nu mai aparţin unei singure persoane ci angajează şi pe alţii.

Introducerea situaţiilor "de stress" a dus la diversificarea circumstanţelor de apariţie a crizelor, iar inventarierea lor cu minuţiozitate a condus către o oarecare pulverizare a conceptului. A apărut riscul ca orice stimulare exterioară, care nu are un nivel optimal, adică nu se plasează în zona de tolerabilitate a organismului,

fiind excesivă sau, din contră, foarte slabă, să fie considerată factor de stress psihotraumatic. Astfel a fost descris stressul plictiselii, al lipsei de activitate, al "subîncărcării", provocator de depresii.

În viziunea maximalistă asupra stressului, atenţia excesivă acordată fiecărui stimul negativ pierde din vedere efectul benefic al confruntării cu situaţiile nefavorabile şi al satisfacţiei generate de depăşirea lor, care aduce cu sine o solidă încredere în sine şi optimism. Se realizează "călirea" persoanei, proces foarte apreciat şi chiar stimulat de generaţiile anterioare. Confruntarea cu stressul poate ajuta la autocunoaştere şi autoreglare. De aceea, în anumite culturi au fost introduse probe de bărbăţie, de rezistenţă, momente dure, menite să asigure supravieţuirea în lupta cu viaţa. Pentru tinerele generaţii, trecerea unor asemenea examene de maturitate, obligatorii, reprezenta o mândrie.

O linie mai restrictivă limitează fenomenul de stress la perioadele de disconfort (distress) în care subiectul nu mai rezistă, se simte copleşit, depăşit de situaţie, neputincios, lucrurile îi scapă de sub control. Apare disperarea şi lipsa de speranţă, gândurile devin iraţionale.

Datorită emoţiilor negative excesive, subiecţii nu mai reuşesc să vadă ansamblul situaţiei sau să o plaseze într-un context mai larg, care poate fi mult mai benign, printr-o viziune limitată, tip tunel, prin care ei acordă atenţie exclusivă aspectelor celor mai nefavorabile ale situaţiei.

Există însă şi situaţii cu adevărat stressante. Printre ele se enumeră următoarele.

- **Căsătoria şi familia**
  - Traiul într-o stare de conflict continuu;
  - Scandal cu părintele/soţul/copilul/o rudă apropiată;
  - Infidelitatea conjugală;
  - Probleme cu viaţa conjugală;
  - A nu fi ascultat şi luat în atenţie de către ceilalţi;
  - Presiuni de a îndeplini aşteptările şi solicitările celorlalţi;
  - Separare/divorţ;
  - Moartea cuiva apropiat;
  - Naşterea unui copil;
  - Probleme financiare;
  - Griji în legătură cu tendinţele homosexuale;
  - A avea pe cineva bolnav cronic/acut;
  - Proasta sănătate;
  - Mutarea;
  - Alcoolismul cuiva apropiat.

• **Probleme ocupaţionale**
- Şomajul/ameninţarea cu sau concedierea;
- A obţine o slujbă/interviuri;
- Relaţii proaste cu şeful, colegii, reorganizări, mutare;
- Muncă în exces;
- Pierderea şanselor de promovare;
- Pensionarea/şocul retragerii;
- Pierderea, slabe rezultate/amânarea examenelor.

• **Condiţii sociale nefavorabile**
- Sărăcie/locuinţă proastă/lipsa suportului social/comunitar;

• **Stress intrapersonal**
- Să trăieşti lipsa de sens a vieţii datorită împrejurărilor reale/izolare, vârstă, incapacitate;
- Să te simţi lipsit de valoare, fără valoare/prin lipsa performanţelor sau în comparaţie cu cei din jur/alţii;
- Prăbuşirea gândirii protective, a apărărilor pozitive, depresiune, intrarea în psihoză;
- Lezarea corporală;
- Să arăţi rău, să ai o dizarmonie estetică, desfigurat, handicapat fizic; să fii diagnosticat ca având o boală cronică, invalidantă, severă sau terminală.

Aceasta reprezintă numai una din listele posibile. Pentru documentare se poate consulta lista stressorilor propusă de DSM III [1980], derivată din cea creată de T. Holmes şi R. Rahe [1967]. Pentru înţelegerea situaţiei de criză este nevoie de a defini impactul stressorilor asupra planului subiectiv al persoanei, dimensiunea lor obiectivă nefiind întotdeauna relevantă. De aceea, dimensionarea stressului în planul subiectiv porneşte de la "valorificarea" sa, în sensul importanţei acordate unui eveniment sau a lipsei acestuia, răsunetul lui asupra persoanei, trăirea "ameninţării" de către cel în cauză poate fi realizată prin raportarea la nevoile persoanei, la aşteptările şi aspiraţiile sale, la trecut, prezent şi la perspectiva unei existenţe viitoare încă insuficient conturate.

Tensiunea, încărcarea emoţională extremă întâlnită într-o stare de criză nu pot fi înţelese şi nici întrezărite fără această dimensiune subiectivă. A fi într-o situaţie nouă, chiar dacă ea se rezumă numai la aglomerarea sau suprapunerea mai multor activităţi obişnuite, impune operarea unor schimbări, o ajustare a modelului anterior de angajare a subiectului în realitate, o mutaţie în modalităţile obişnuite de acţiune, în tiparele şi stereotipiile gândirii obişnuite, generarea altor soluţii. În lipsa lor se produce starea de criză, de neputinţă, eşecul. Aceasta impune analiza stilului de confruntare a persoanei, a modului de "gestiune a stressului" care relevă zonele

de vulnerabilitate. Astăzi, există o puternică tendinţă de revizuire a conceptului de stress, cu deplasarea accentului asupra incapacităţii persoanei de a îşi organiza activitatea, de a planifica, de a folosi şi a delega altora sarcinile, de a găsi un echilibru între activitate şi timpul liber, de a utiliza resursele existente cu maximum de eficienţă. Pe prim plan au trecut nevoile de restructurare ale stilului de viaţă şi de acţiune a persoanei.

Crizele personale au frecvent un caracter ciclic, ele fiind legate de neîmpliniri reale sau imaginare în raport cu aşteptările, idealurile şi normele de viaţă ale subiectului, cu începerea vieţii sexuale, cu nereuşita rolului sexual dorit, cu "şocul retragerii" declanşat de pensionare, cu îmbătrânirea şi apropierea abruptă a morţii. Cea mai mare parte dintre acestea fac parte din viaţa obişnuită şi se rezolvă spontan sau cu ajutorul celor din jur.

Există şi crize sociale, politice, etnice etc. care antrenează mari mase de oameni despărţiţi de interese divergente, de prejudecăţi, de convingeri contrare, care antrenează destinul unor popoare şi necesită imense eforturi şi timp pentru a le soluţiona.

După modul lor de exprimare există crize manifeste şi latente. Prin definiţie, criza ar trebui să fie acută, în realitate există şi crize cronicizate, care pot să dureze mocnind ani de zile, cum sunt cele conjugale. In familiile dizarmonice, conflictuale, o criză majoră se poate developa abia după un eveniment de viaţă care rupe echilibrul extrem de fragil. Criza latentă poate să dureze decenii, însă acest lucru se petrece în circumstanţe deosebite, cum ar fi un regim represiv care blochează exprimarea ei. Modelul cel mai elocvent este criza politico-economică a regimului ceauşist, care a durat aproximativ 10 ani până să-şi găsească rezolvarea prin manifestări violente.

Termenul de criză a intrat în vocabularul psihiatric recent, desemnând şi tulburări psihice de o anumită intensitate care necesită o intervenţie imediată. Acest termen nu înlocuieşte nosologia actuală ci aduce în practică un mod complementar de intervenţie dinamic, productiv, mai interactiv, ce poate implica şi pe cei din jurul persoanei, fapt care a dus la importante modificări ale asistenţei bolilor psihice. Stările psihice de intensitate psihopatologică pot reprezenta:

1) Stări conflictuale rezultate din neînţelegerea psihologiei bolnavului psihic, a nevoilor sale, fiind cunoscut sindromul emoţiilor excesive, negative, exprimate către familie [J. Leff, L. Kuipers, A. Berkowitz, 1976, Vaughn şi Leff 1984] descris în schizofrenie.

2) Dificultăţile reale adaptative ale bolnavilor psihici, dificultăţi pe care aceştia le trăiesc psihotraumatizant, cum este în cazul depresiilor, dependenţelor etc.

3) Evoluţii intrinsec nefavorabile ale bolilor care antrenează degradarea cognitivă, primară, la care se poate adauga cea rezultată din utilizarea îndelungată a

tratamentelor psihotrope. Ele surprind familia şi o plasează în faţa unor importante dileme.

Camerele de gardă ale unor spitale au devenit adevărate centre de criză, în care se rezolvă stările acute, decompensările psihotice. În lumina conceptului de criză sunt examinate dezechilibrele intrapersonale dar şi cele relaţionale cu familia şi cu alţii. Simptomatologia iniţială poate să exprime nu numai boala ca entitate, desprinsă din contextul existenţial, ci şi starea de nemulţumire, de frustraţie a unei persoane lipsite de apreciere în ambianţa sa obişnuită. De aceea, intervenţia la camera de gardă trebuie să capete o anumită complexitate psihologică, menită să asigure bolnavului ascultarea empatică şi înţelegerea pentru problemele sale, adesea incomprehensibile la prima vedere.

10.4.4. Psihopatologia crizei. În cadrul concepţiei psihanalitice, în criză stimulul este experienţiat ca ameninţând integritatea cuiva ca fiinţă umană [T. Rusk 1971], Eul fiind depăşit, adesea copleşit. Ameninţarea se îndreaptă către pierderea satisfacţiei oricărei nevoi. De exemplu, pierderea slujbei ar reprezenta pierderea mamei [T. Rusk 1971]. Ameninţarea cea mai sericasă se adresează fanteziilor de omnipotenţă infantilă, trăirii de forţă a persoanei. Progresiv se produce regresiunea psihologică, cu reducerea capacităţii Eului, a testării realităţii şi a funcţionării mature intelectuale.

Majoritatea stărilor de criză se caracterizează printr-un tablou clinic zgomotos, impresionant. Trăirile de bază sunt emoţiile excesive, ce pot căpăta intensitatea psihotică: anxietatea, frica, ura, ostilitatea, depresia. De cele mai multe ori ele sunt generate de idei iraţionale, de pierderea temporară a capacităţii de gândire raţională şi pot fi însoţite de conduite periculoase, cu risc de agresivitate, autoagresivitate sau, din contră, de blocaj, paralizie a acţiunii. Adesea individul în criză îşi focalizează gândirea asupra unui singur aspect, irelevant sau inadecvat, al experienţei sale de viaţă.

Subiectul se concentrează asupra persoanei sale în loc să se îndrepte asupra relaţiilor cu ceilalţi, ceea ce îi diminuează încrederea, autonomia şi creşte sugestibilitatea, permeabilitatea faţă de influenţele exterioare. El este în căutarea unei relaţii de dependenţă, hrănitoare (nurturing) care să-i permită supravieţuirea prin agăţarea de un altul.

Pentru a fi tratată o criză trebuie să aibă o intensitate "clinică", subiectul sau o persoană apropiată să se adreseze cuiva, unui profesionist, cerându-i ajutorul. În categoria crizelor legate de psihopatologie au fost încadrate stările de anxietate severă, tentativele de suicid, consumul de droguri, tulburările psihice acute, inclusiv cele psihotice [T. Lemperiere 1991], stările de agresivitate, conflictele grave.

Printr-o extensie productivă a conceptului, în stările de criză pot fi incluse numeroase alte persoane care au o nevoie acută de sprijin datorită impasului existenţial, a situaţiilor noi cu potenţial psihopatogen cu care se confruntă, cum ar fi: părinţii sau familia copiilor cu tulburări psihice, stări de handicap, boli grave sau terminale şi alţii. Toate au în comun intensitatea neobişnuită a emoţiilor dominate de anxietate şi depresie, perceperea exagerată a gravităţii situaţiei pe care o parcurg, fără a se produce ruptura totală cu realitatea şi trecerea pragului psihopatologic.

10.4.5. Tratamentul crizei. Printre caracteristicile intervenţiei de criză se enumeră: urgenţa sa, poziţia persoanei de ajutor, strategiile de urmat, cadrul în care se desfăşoară (setting), modalităţile de abordare individuală, familială, de grup.

Prin definiţie, terapia de criză este o formă de intervenţie de urgenţă. Ea reduce substanţial suferinţa care, în asemenea situaţii, este trăită cu o intensitate neobişnuită şi permite recâştigarea echilibrului mintal. Ea reduce importante riscuri ca: recidiva în suicid, agresiunile până la crimă, acte necugetate de fugă sau de ruptură, părăsirea familiei, a serviciului.

În terapia de criză, terapeutul are o poziţie activă, intervenţia trebuie să fie decisă, consistentă şi să dureze cât este nevoie. Întrucât ea poate să depăşească durata unei ore convenţionale de psihoterapie, prelungindu-se până la obţinerea de rezultate, poate fi nevoie de o echipă terapeutică sau de intervenţie pentru a asigura continuitatea. Poziţia sa poate fi nuanţată în raport cu particularităţile crizei. Dacă în crizele personale terapeutul adoptă modelul sfătuirii, de ascultare empatică şi susţinere, în cele interpersonale el se plasează, mai curând, pe o poziţie de mediator care, în timpul ascultării, se impune şi preia treptat controlul situaţiei. Poziţia temporară de conducător şi de lider implicit al grupului va reduce substanţial anxietatea şi povara deciziilor. Terapeutul va interveni cu economicitate în dispute, va modera tonul discuţiilor, va reduce tensiunea confruntării şi va aduce substanţă discuţiei. El va pune accentul asupra elementelor comune ce unesc grupul, contribuind la depăşirea momentelor de tensiune emoţională [L. Kuipers, J. Leff, D. Lam, 1992], regăsirea afectivă a partenerilor şi facilitarea comunicării.

Pentru reducerea tensiunii emoţionale sunt utilizate toate mijloacele posibile: chimioterapia sedativă, antidepresivă, schimbarea de mediu, separarea, internarea în spital, asigurarea de contacte de suport cu persoane de ajutor. Ele creează o mai bună permeabilitate faţă de intervenţia psihoterapică, care este axul central al oricărei intervenţii de criză.

Intervenţia de criză poate avea loc în situaţii foarte diverse, de la distanţă, cu ajutorul telefonului de urgenţă (hot-line), la locul declanşării crizei, în luarea de ostatici sau în cazul ameninţării cu suicidul a unei persoane aflate pe o înălţime, la domiciliul clientului sau în locuri reputate în a oferi sprijin moral sau ajutor

calificat: la biserică sau într-o instituție medicală, la camera de gardă, la poliție. În ultimii ani au apărut departamente sau centre de criză, ca unități specializate, distincte, în cadrul spitalelor de psihiatrie, care oferă alternative la spitalizare și tratament ambulatoriu.

Datorită accesibilității deosebite, serviciile de ajutor telefonic înființate încă din anul 1953 și-au capătat un loc privilegiat în intervenția de criză, ca moment de prim contact, în "prima linie". Clienții găsesc o "ureche binevoitoare", înțelegătoare, care să îi asculte, să le accepte ventilarea emoțiilor, să mai limpezească din confuzia și haosul existent, să precizeze esențialul, să ofere o indicație, un drum de urmat. În ultimii ani există o tendință din ce în ce mai clară către specializarea acestor servicii, vezi telefoanele de ajutor ale Alcoolicilor Anonimi, de informații referitoare la SIDA, cele pentru tineret; ele au limite binecunoscute, ceea ce nu le face mai puțin utile.

Primul centru de criză "Speranța-Fracaritatis" pentru copii și adolescenți funcționează în București, la Spitalul Al. Obregia, încă din anul 1996, asigurând, prin cele 3 compartimente ale sale, asistență celor cu tentative de suicid, transferați de la secția de toxicologie a Spitalului Central de copii "Gr. Alexandrescu", celor cu tulburări adaptative, inclusiv acte de delincvență, proveniți de la Clinica de Psihiatrie și Psihologie a Copilului și Adolescentului și celor cu dependență la droguri, prezentați spontan sau trimiși de la aceeași Clinică pentru a continua procesul de suport psihologic pe o perioadă mai îndelungată. Intervenția se poate prelungi pentru perioade de luni de zile, prin vizite la intervale regulate sau ceva mai lungi, menite să sprijine procesul de readaptare socială și echilibrarea adolescentului și a familiei sale.

Avantajul de a acționa într-o instituție cu funcții bine definite este că persoanei de ajutor îi este conferită o anumită autoritate, pot exista și mijloace tehnice, iar în cazul instituțiilor medicale se conturează umbrela conceptului de suferință și de neputință. Ele întăresc poziția terapeutului și ușurează instituirea măsurilor terapeutice.

Intervenția de criză este mai greu de realizat la domiciliul clientului. Chiar dacă este o criză personală, ea are întotdeauna un răsunet interpersonal, prin reacția celor din jur, care interpretează comportamentul neobișnuit al celui aflat în asemenea situație ca exprimând ceva patologic, fapt pentru care pot aduce profesionistul pentru a-l consulta. Plasarea în rolul de bolnav declanșează, la rândul ei, reacții secundare din partea persoanei vizate, cu semnificația de răspuns la amenințare, reacții emoționale ce pot exprima resemnare, acceptare sau, din contră, indignare, mânie cu părăsirea încăperii sau a casei. Consultul poate crea astfel situații greu de controlat.

Pentru a preveni asemenea evoluții, chiar dacă este vorba de o criză personală, sunt necesare manevre preliminare, menite să îmbunătățească imediat

poziția persoanei țintă în grupul său. Pentru aceasta profesionistul va începe discuția foarte rezervat și va trimite mesaje de încurajare nonverbale fiecărui participant în parte, inclusiv subiectului. El va încerca să modereze excesele verbale, criticile aduse clientului, prin interpretarea lor în sens pozitiv, ca o expresie a afecțiunii și grijii exprimate de grup sau prin aducerea lor la dimensiuni acceptabile.

Se va asigura o anumită obiectivitate a discuției prin nivelarea pozițiilor participanților, asigurarea dreptului fiecăruia, îndeosebi a persoanei aflată în discuție, de a lua cuvântul și de a-și expune punctul de vedere. Obiectivul inițial este de a exprima suportul emoțional pentru toți cei implicați dar, cu deosebire, pentru persoana țintă, ceea ce este foarte greu, pentru că aduce o anumită atingere, contrarietate, opiniei inițiale a aparținătorilor. Este bine ca aceștia să fie preveniți asupra acestor constrângeri și asupra necesității adoptării unei poziții echilibrate, protective, în ședința comună.

Modelul oricărei intervenții de criză cuprinde 4 etape distincte.

1) **Ascultarea empatică** și suportul emoțional ce este acordat într-o atmosferă de bunăvoință, atenție, calm, seninătate și siguranță din partea profesionistului menită să inducă liniște, suport. O importanță deosebită o au deschiderile cât mai neutre și reținerea. Se spune că profesionistul "întâi ascultă mai mult și, abia la sfârșit, vorbește mai mult" [T. Rusk, T. Gerner 1972]. Se acordă mai puțină importanță reconstruirii istoriei detaliate a persoanei și mult mai multă atenției asupra ceea ce se întâmplă în prezent și motivelor de prezentare. Dată fiind ponderea copleșitoare a emoțiilor, a trăirilor de neputință și neajutorare este nevoie de asigurări din partea terapeutului că aceste emoții pot fi depășite și că subiectul își va regăsi controlul mai ușor decât crede acum.

Eliberarea de emoțiile excesive reprezintă punctul central al intervenției, pentru că, odată restabilit un oarecare echilibru emoțional, chiar și cu ajutorul medicației, se poate trece la a doua fază a intervenției. Se vorbește de restabilirea narcisimului normal, a stimei de sine a subiectului, de întărirea apărărilor slăbite prin atitudinea fundamental protectivă și reținerea totală față de orice comentarii ce pot fi resimțite ca nefavorabile. Se insistă asupra vulnerabilității excesive a subiectului care, în cazul bolilor psihice, survine pe fondul slăbiciunii create de procesul psihopatologic preexistent. De aceea, singurele ingrediente permise în această fază sunt insuflarea speranței, a încrederii și regăsirea sufletească cu cei din jur, față de care ei fuseseră înstrăinați. Gesturile de apropiere din partea familiei și ale altora contribuie foarte mult la reînnodarea legăturilor.

În această etapă, intervenția de criză îmbracă modelul terapiei suportive, care este cu atât mai recomandată cu cât subiectul este mai apropiat de psihopatologie. Cu toate acestea P. Novalis, S. Rojcewicz, R. Peele [1993] remarcă necesitatea de a se pătrunde încă din această etapă "în spatele scenei", mai ales în cazul bolnavului psihic aflat în terapie de criză.

2) **Restructurarea cognitivă** este o etapă foarte importantă, peste care nu se poate trece. Ea nu poate fi făcută de la început, înainte ca subiectul să își regăsească o carecare obiectivitate. Din acest punct de vedere, ascultarea profesională se diferențiază fundamental de atitudinea persoanelor laice, care atacă de la început iraționalitatea gesturilor și a ideilor subiectului prin câteva strategii menite să schimbe rapid mentalitatea suicidară prin:

- critica brutală, evidențiind slăbiciunile deja cunoscute ale subiectului: "Dece ai ajuns aici?";
- minimalizarea importanței problematicii personale, mai ales în suicidul copilului și adolescentului, declanșate adesea de note proaste, amenințările unui părinte, pierderea unei legături sentimentale.
- discuții moralizatoare care ar vrea să îndrepte lucrurile printr-o atitudine rațională, în timp ce persoana suicidară este dominată de idei iraționale.

Criticile pot să mențină tensiunea relațională și să îndârjească subiectul, care va etala un întreg eșafodaj de argumente tot atât de iraționale, menite să-i apere rămășițele orgoliului personal. În realitate însă, numai ascultarea empatică poate reduce tensiunea și amorsa apoi schimbările de gândire.

Foarte repede după eliberarea emoțiilor și reducerea efectelor lor fiziologice, a vibrației excesive a organismului, persoanele cu un psihic fundamental echilibrat pot să-și regăsească judecata sănătoasă, să înceapă utilizarea unor mecanisme mai mature de homeostazie emoțională, cum ar fi raționalizarea și intelectualizarea, să înțeleagă mecanismele de producere a crizei, să întrevadă soluții, să reînvie speranța.

Contribuția profesionistului este de sprijin în "demitizarea" stării emoționale actuale, atât de zgomotoase, și aducerea sa la dimensiunile reale, mult mai reduse prin prisma timpului. El va scoate la lumină verigile patogenice mai puțin clare, mecanismele de gândire ce favorizează producerea stressului.

Este cazul multor manageri care, în etapa actuală, deși au devenit conducători ai unor colective, se surmenează, renunță la timpul liber, la concedii și chiar la viața intimă și, ca urmare, ajung la o stare de tensiune psihică insuportabilă. Tabloul descris de A. Restian [1983] ca boală de stress este oarecum stereotip: insomnie, palpitații, posibil hipertensiune arterială, agitație sterilă, tulburări de atenție și memorie, irascibilitate excesivă și altele. Tensiunea este determinată, de obicei, de menținerea mentalității de executant, de necunoașterea rolului de manager și a atributelor sale prin incapacitatea de a delega sarcinile, de a evalua corect oamenii. Aceste deficite manageriale se împletesc cu generozitatea, loialitatea și spiritul de sacrificiu care îi face să acopere și obligațiile celor leneși și incapabili și să-i păstreze pe cei necorepunzători, muncind în locul lor. Într-un cuvânt, factorul principal de stress se constituie în lipsa asertivității și a comportamentului dur, tipic pentru "șeful" de succes.

Fiind persoane pragmatice, asemenea interpretări definitorii ale unei realități trăite contradictoriu și psihotraumatizant sunt asimilate de manageri cu remarcabilă viteză și generează măsuri corespunzătoare de "descărcare" ale existenței. Pentru ei analiza situației cuprinde și sâmburii soluțiilor, de aceea sunt suficiente puține ședințe de intervenție.

În cazurile mai complicate, poate fi nevoie de un proces mai lent și chinuitor de restructurare în profunzime, de învățare a unor modele sănătoase, expus la capitolul "prelucrarea gândirii".

Una din senzațiile cu care se confruntă profesionistul în terapia de criză este că lucrurile stau pe loc, subiectul fiind prizonierul gândirii sale. În realitate, el are nevoie să se întoarcă la anumite conținuturi, să le definească tâlcul.

Caz clinic

Astfel, bărbatul de 42 de ani aflat în depresie după ce a fost dat afară din casa iubitei sale, fapt exprimând unul din numeroasele sale eșecuri în relațiile sale cu femeile, a avut nevoie de rediscutarea amănuntelor, cu reinterpretare și multiple reveniri. S-a ajuns la concluzia că psihologia egoistă de tânăr cuceritor care are toate femeile la picioare este incompatibilă cu funcția de soț demn, respectuos și tată gata să se sacrifice. A fost foarte greu să-și perceapă slăbiciunile pentru că atitudinile sale îi apăreau ca fiind tipic masculine. El afirma cu convingere: "Femeii trebuie să îi mai tragi din când în când un toc de bătaie ca să știe cine conduce în casă", ceea ce, pentru un intelectual cu pretenții, era o enormitate. Conștientizarea inadecvării concepției sale de viață a dus la importante mutații comportamentale și la inițierea unui mariaj fericit, soldat cu un copil reușit.

Caz clinic

Tânărul medic de 30 de ani, părăsit de iubita sa, este depresiv, are insomnii, a slăbit foarte mult și nu reușește să înțeleagă ce i s-a întâmplat. A avut nevoie de aproape 10 ore de discuții în care, cu mici variații, situația a fost reluată la nesfârșit. Impresia terapeutului este că se vorbește în zadar, că nu se avansează deloc. În timpul discuției transpar visuri în care "ea se va întoarce plină de remușcări", se elaborează strategii, se fac planuri. Ar dori să se manifeste agresiv, să se afirme, să îi ceară socoteală pentru viața sa "sfărâmată". Dar timidele sale încercări de recâștigare a fetei, spionajul neîncetat prin intermediul unor prieteni au rămas fără rezultat. Detașarea de dragostea nefericită s-a produs după mai multe luni, cu poticneli, urcușuri și coborâșuri, după o schimbare de mediu, medicație anxiolitică și antidepresivă, repaus. Deși știa foarte bine ce are de făcut, el nu putea să se desprindă de imaginea paralizantă a părăsirii și de speranța deșartă a reîntoarcerii.

3) **Soluții.** În principal, orice intervenție de criză trebuie să ducă la elaborarea de soluții după modelul general al sfătuirii. Cu cât persoana este fundamental mai apropiată de normalitate, cu atât va fi mai ușor să se găsească o soluție rezonabilă. La cei cu mare vulnerabilitate, la cei suferinzi de afecțiuni psihice acute sau cronice, este de parcurs un drum lung, până la punerea în aplicare a unei soluții fiind posibil nevoie de contribuția mai multor specialiști, eventual a mai multor instituții de sănătate mintală.

4) **Abilitarea persoanei.** Modelul actual al intervenției în criză vizează ceva mai mult decât rezolvarea unei situații. Se intenționează abilitarea persoanei în domeniul deficitar, prin parcurgerea unor programe de învățare în domenii, cum ar fi: rezolvarea conflictelor, învățarea abilităților sociale, asertivitatea, autocunoașterea și utilizarea tăriilor, a resurselor proprii. Toate acestea presupun o perioadă de îndrumare activă, ce poate fi parcursă în cadrul centrului de criză sau altor forme de asistență de tip consiliere-psihoterapie cognitiv-comportamentală.

10.4.6. Terapia crizei personale. Se pot circumscrie mai multe modele de intervenție, cu proceduri specifice în raport cu tematica crizei. Astfel, Novalis [1994] abordează diferențiat doliul patologic, suicidalitatea, bolnavul psihic recunoscut. Procedeele diferă prin ponderea diferită a unor operațiuni intermediare.

a) **Criza de doliu patologic.** Este sindromul anxios-depresiv produs de cauze externe evidente, care a fost conceptualizat în sindromul de tulburări postraumatice poststress [DSM IV 1994]. Dinamica trăirilor de doliu a fost definită de K. Lindemann [1944]. Ea a fost completată de M. Horowitz [1976] cu încă două etape, căpătând următoarea configurație: 1) de protest; 2) de negare; 3) de intruziune; 4) de prelucrare și 5) de completare, adică de readaptare la noua situație. În general, doliul este o reacție normală față de evenimente de viață inevitabile, a căror digestie (adică desprinderea, detașarea de persoana dispărută), durează în medie un an de zile.

Devine obiectul terapiei doliul patologic cu o intensitate excesivă, blocat într-o etapă timpurie și marcat de o durată excesivă, în cursul căruia pot apărea atitudini iraționale. Printre elementele psihopatologice ce marchează doliul patologic se enumeră: depresia, dorința de păstrare a persoanei pierdute, ideația suicidară, mânia/ostilitatea față de răposat. Acest ultim proces poate fi legat de trăiri de vinovăție, de neîndeplinire a datoriei față de răposat, de vinovația supraviețuitorului în cazul accidentelor de automobil și a altora, de legătura afectivă prea strânsă, de dependența etc.

Caz clinic

O doamnă în vârstă din Predeal solicită o consultație psihiatrică, în timp ce se afla internată pentru un diabet insulino-rezistent la o secție de nutriție. Se conturează tabloul unei depresii anxioase, cu importantă componentă de neliniște, insomnii, gânduri obsesive, concentrate asupra morții subite a fiului său, în vârstă de 32 de ani. El decedase în urmă cu 3 ani, într-un stupid accident de motocicletă, petrecut pe șoseaua udă. Pentru ea nimic nu mai avea valoare, tot timpul se gândea la accidentul fiului său și la moartea sa dramatică, simțea pulsiunea de a-l dezgropa și de a-l îmbățișa. Pentru depresiune urmase deja câteva cure cu antidepresive, însă fără rezultate notabile. Terapeutul a prescris un alt antidepresiv mai puternic, în doze mai mari, dar rezultatele au fost, de asemenea, modeste. Încercarea de a efectua o adevărată cură psihotherapeutică a eșuat. Clienta nu a fost dispusă să treacă de perdeaua de fum a plângerilor depresive și să se dezvăluie mai mult, chiar dacă a fost revăzută. Mereu afirma că are deplină încredere în terapeut, dar ocolea subiectul.

Din relatarea unei vecine din același orășel a reieșit că pacienta fusese o mamă foarte autoritară, care trăia împreună cu fiul său și familia acestuia, alcătuită din soție și doi copii. Înainte de plecarea în cursa fatală ea l-a rugat grijulie să nu plece cu motocicleta, iar la refuzul băiatului s-a înfuriat și l-a blestemat să nu se mai întoarcă, să moară în accident. Acest exemplu de gândire ostilă de împlinire a profeției (wishful thinking) s-a împlinit din nenorocire și a dat naștere unei vinovății de neconsolat, pe care nu a mai vrut să o abordeze vreodată.

Încă de la descrierea reacției de doliu, K. Lindeman a definit 3 obiective majore ale "muncii de doliu", și anume: desprinderea de legătura cu răposatul, readaptarea la un mediu în care lipsește răposatul, formarea de noi legături. W. Brautigam [1971] a centrat intervenția asupra discutării relațiilor cu răposatul, mai ales a celor din perioada imediat dinaintea morții și a celor de după moarte, a celor din perioada de "îndeplinire a datoriilor", definită prin participarea la funeralii și adoptarea doliului. Terapia de criză dedicată reacției de doliu reprezintă modelul eficient de psihoterapie cu rezultate în câteva ședințe. Se împletesc două ingrediente importante: ventilarea cognitivă a trăirilor ambivalente față de persoana pierdută și prelucrarea acestora. Ele constituie țintele fundamentale ale intervenției.

Lista intervențiilor destinate reacției de doliu, propusă de Novalis P., Rojcewicz S., Peele R. în cadrul terapiei suportive [1993] cuprinde ventilarea, dar nu în doliul cronic, evitarea asigurărilor stereotipe, și anume că totul va fi bine, revederea circumstanțelor în care s-a produs decesul, acceptarea atitudinilor nerealiste ale subiectuiui ca: autoînvinovățirea, fenomenele de identificare cu răposatul, dorința de a-l readuce în viață, se prelucrează trăirile de mânie și de

răzbunare, dacă acestea există. Apoi se analizează concepţia despre moarte în dimensiunile sale filosofice şi religioase, se încurajează efectuarea ritualurilor de doliu, se acordă sprijin/asistenţă în revenirea la activităţile curente pe care subiectul nu este încă în stare să le efectueze, se sprijină dezvoltarea de relaţii sociale care să umple golul, se recomandă medicaţie, dacă este necesar. Este importantă şi privirea către viitor.

Foarte productivă este extinderea modelului "pierderii" **la propria persoană**, rezultată prin afectarea imaginii de sine însoţită de doliu dar, mai ales, de jeluire sau "autocompătimire", ce poate să apară ca urmare a operaţiilor mutilante, a accidentelor ce creează handicap estetic, invalidităţi câştigate, posibil datorită semnelor îmbătrânirii fizice, a decrepitudinii. Ele sunt generatoare de depresie, anxietate, dismorfofobii, suicid, pot stimula recurgerea la operaţii estetice. Subiectul se simte înstrăinat de "persoana sa actuală" pe care nu o poate accepta şi faţă de care poate să resimtă silă, dispreţ, ură, depresie etc., cu o intensitate care devine critică cu ocazia unor incidente minore. Travaliul psihoterapic se va concentra asupra creşterii stimei de sine şi autoacceptării printr-o dublă mişcare psihoterapică: ventilarea nemulţumirii faţă de starea actuală şi revalorizarea persoanei, ceea ce presupune un grad de persuasiune în sens pozitiv şi sublinierea calităţilor şi tăriilor. Calitatea relaţiei terapeutice trece pe prim plan.

b) **Suicidul.** Cea mai reputată criză personală se exprimă prin suicid sau tentativa de suicid. În abordarea sa se porneşte de la ideea că suicidul reprezintă o soluţie faţă de criza personală, un act încărcat de tensiune emoţională, depresie, mânie, neajutorare, generate de gândirea iraţională. În condiţiile reale se conturează două situaţii distincte: 1) ameninţarea cu suicidul şi 2) tentativa de suicid.

- În cazul **ameninţării cu suicidul** se creează o situaţie cu potenţial periculos atât pentru subiect cât şi pentru cei din jur, care se simt implicaţi şi chiar responsabili pentru viaţa sa. Situaţiile respective pot apare în numeroase situaţii de stress, boli fizice sau mintale, eşecuri sau crize maturaţionale.

Elementul fundamental îl constituie exprimarea ideaţiei suicidare. Ea poate trece neobservată dacă este comunicată mai mult ca o aluzie, ca o eventualitate teoretică la o situaţie resimţită negativ, sau se poate impune direct, brutal, ca instrument de presiune, de influenţare relaţională, cu caracteristici de şantaj înfricoşător. *"Sunt cu piciorul pe marginea ferestrei şi dacă nu îmi aduceţi iubitul înapoi mă arunc. Voi veţi răspunde!"* spunea o tânără de 22 de ani la telefon părinţilor aflaţi în provincie. În fapt, predicţia "trecerii la act" este foarte dificilă, de aceea orice afirmaţie de acest gen trebuie luată foarte în serios şi întreprinse câteva măsuri, printre care:

- evaluarea atentă, cu tact a situaţiei, a factorilor precipitanţi, a trăirilor subiectului, a semnificaţiei unui eventual gest;
- solicitarea unui profesionist, a unui psihiatru, care va prelua cazul. În cazul diagnosticării unei afecţiuni psihice "de fond", se va începe tratamentul de urgenţă;

- asigurarea supravegherii continue din partea familiei, de către cineva care înţelege pericolul şi este dispus să îşi asume responsabilitarea urmăririi persoanei. În cazul în care acest lucru nu este posibil, este preferabilă internarea de urgenţă într-o secţie de psihiatrie. Această decizie se recomandă în mod absolut pentru cei care au avut alte tentative de suicid în antecedente;
- eliminarea din zona subiectului a obiectelor ascuţite, a medicamentelor, a alcoolului, a substanţelor periculoase, a armelor;
- menţinerea unui dialog suportiv, de ascultare empatică, ce poate reduce presiunea trăirilor negative;
- se propune un contract scris de colaborare între persoana cu risc, familie şi terapeut, prin care aceasta se obligă să anunţe înainte de întreprinderea oricărui act suicidar;
- evaluarea frecventă, sistematică, a riscului suicidar, până acesta devine nesemnificativ şi clientul iese din îngrijire.

Intervenţia în cazul **tentativei de suicid** este determinată de riscul major de repetare. Se consideră esenţială intervenţia calificată, psihiatric-psihoterapică, începută precoce printr-o examinare de tip screening, chiar în departamentul de terapie intensivă al spitalului general. Ea se va continua, fie prin spitalizare temporară în secţia de psihiatrie, fie în regim ambulatoriu, în cadrul centrelor de criză sau în centrele de sănătate mintală, suicidarul fiind plasat sub stricta supraveghere a familiei pe toată durata perioadei sensibile.

Datorită încărcării emoţionale deosebite, ca primă tehnică se aplică ascultarea empatică. Aceasta poate dura ore întregi, până ce clientul "îşi deşartă sacul". Prelungirea întâlnirii nu este un lux, ci o necesitate. Este calea mai corectă de reducere a tensiunii psihice, de restabilire a echilibrului emoţional şi regăsirea speranţei. De aceea, la cei inhibaţi este nevoie de oarecare încurajare, securizare, răbdare şi calm. În prima etapă, suicidarul nu va fi contrazis în nici un caz şi va fi încurajat să îşi retrăiască, adesea cataretic, să îşi consume nemulţumirile, reacţiile de frustraţie, mânie, depresie, ce reprezintă substanţa crizei.

Un moment cheie îl reprezintă **luarea de contact.** Ea este adesea plină de asperităţi. Suicidarul poate fi urâcios, morocănos, acru, tăcut, poate să refuze discuţia, să se refugieze în mutism sau să acuze pe cei din jur pentru că l-au readus la această viaţă nefericită pe care o urăşte. Flexibilitatea, bună voinţa, răbdarea, tactul, găsirea unor deschideri potrivite pentru iniţierea dialogului, devin variabile fundamentale ale intervenţiei.

În spital, în cazul unor afecţiuni psihiatrice conturate în spatele tentativei de suicid, ca depresia sau schizofrenia, se adaugă medicaţia antidepresivă, anxiolitică, neuroleptică, fără a se pierde din vedere impactul major esenţial al componentei psihoterapice, ce nu poate fi escamotată. Menţinerea numai la nivelul intervenţiei psihofarmacologice nu rezolvă criza întrucât, la încetarea tratamentului, ideile

subiectului pct rămâne neschimbate. După ce suicidarul s-a plâns ca o persoană rănită, se trece la etapa reflexivă, în care se caută un sens, o logică a faptelor care să fie de învățătură în viitor.

Prelucrarea psihoterapică aduce un sens mai adânc asupra celor întâmplate. Ea presupune unul sau mai multe interviuri centrate pe mai multe elemente, printre care:

- actul suicidar, din care să reiasă motivațiile, semnificația eventualei morți, a suicidului, și fanteziile legate de reacțiile celor din jur, cum se așteaptă să reacționeze aceștia, concepția sa asupra existenței;
- identificarea ideației suicidare, a altor tentative de suicid, istoricul familial de suicid;
- principalele probleme adaptative ale subiectului și modul în care s-a confruntat cu ele, mecanismele de confruntare și stilul de rezolvare a problemelor;
- locul pe care îl ocupă tentativa de suicid în rezolvarea situației actuale și, posibil, a celorlalte tentative anterioare, ca soluții la situații dificile;
- "pierderile" suferite recent și locul ocupat de persoanele respective. De exemplu, aniversările cheie pot deveni posibil prilej de "reunire" cu cei pierduți, prin intermediul actului suicidar;
- gândirea suicidară care este marcată de pesimism, lipsă de speranță, o puternică trăire de neajutorare, absența viitorului psihologic. Distorsiunile sunt încă mai pregnante la adolescent, pentru care suicidul reprezintă, în majoritatea cazurilor, "un strigăt de ajutor".

Analiza gândirii suicidare arată că aceasta este mai mult generatoare de probleme decât capabilă să le rezolve [W. Mraz, M. Runco 1994]. Capacitatea subiectului de a rezolva problemele este mult diminuată sau blocată de convingerile iraționale de rușine, de trăirea de incapacitate. Definirea acestora permite clarificarea și prelucrarea lor psihoterapică, cu deschiderea către o viziune mai optimistă, către găsirea de soluții. Se deblochează impasul creat de fantezia suicidară, care aduce cu sine impresia că "nu mai există un viitor" de împlinit.

Restructurarea propriu-zisă va începe la momentul potrivit, după consumarea reacțiilor afective; altfel subiectul se va simți desconsiderat, neluat în seamă în "crezul său suicidar", în convingerile sale. Precipitarea terapeutică în cazul suicidarului sugerează nesiguranța profesionistului și dorința sa de a rezolva cazul cu orice preț.

Adițional abordării afectivității și cogniției, într-o terapie de bună calitate sunt luate în seamă și alte variabile cu nuanțe reabilitative, menite să reducă vulnerabilitatea subiectului, precum:

- îmbunătățirea comunicării, creșterea sincerității și onestității ei, ca urmare a învățării asertivității, a depășirii inhibițiilor excesive în exprimarea nemulțumirilor, rezolvarea mai eficientă a conflictelor, învățarea abilităților sociale;

- dezvoltarea și diversificarea activităților menite să combată plictiseala și singurătatea;
- refacerea și dezvoltarea rețelei de suport social, îmbunătățirea relațiilor cu familia, eventual implicarea ei în tratament, stimularea contactelor sociale și a prieteniilor.

Dinamica trăirilor persoanei suicidare este vie, iar evoluția către normalitate este rapidă în majoritatea cazurilor. De aceea, de obicei, intervențiile sunt scurte, în 3-6 ședințe. Ele devin mai dificile, mai prelungite, necesitând monitorizare și contacte regulate, posibil pe durată de luni de zile, în cazul celor cu tulburări asociate de personalitate, îndeosebi de tip borderline, histrionică, în dependența de droguri, psihoze. Au nevoie de sprijin atât ei cât și familiile lor, mai ales cei dezadaptați social, în perioada critică de revenire la viața obișnuită. P. Kernberg [1994] insista asupra unei abordări diferențiate: cei cu forme acute ar necesita o intervenție scurtă suportiv-cognitivă, în timp ce, la cei cu tentative repetate de suicid și tulburări de caracter și personalitate, este nevoie de o terapie de lungă durată, expresivă.

Sunt greu de stabilizat cei cu suicid impulsiv, cu labilitate emoțională crescută, cu o imagine de sine nesigură, cu o ușoară "trecere la act", posibil consumatori de droguri [E. Thomson, K. Moody, L. Eggert 1994]. Aceștia prezintă un mare risc de repetare a gestului respectiv, fără o motivație imediată bine închegată. În lipsa unei intervenții psihoterapice de calitate, unele persoane suicidare au tentația de a-și menține concepțiile pesimiste asupra vieții, ideația suicidară, iar conduita suicidară poate să devină, prin ușurința repetării, un adevărat stil de răspuns marcat de tendințe manipulatorii sau demonstrative la obstacolele externe și frustrațiile resimțite de subiect.

Succesul ar depinde nu atât de conținut, de strălucirea psihoterapiei, de autoînțelegere, cât, mai ales, de persistență, răbdare și de insuflarea susținută a speranței în viitor.

c) **Crizele bolnavilor psihici.** Novalis P, Rojcewicz S. Peele R. [1993] propun două etape pentru intervenția destinată bolnavului psihic aflat în criză sau decompensare:

A. **Evaluarea cu atenție a stresului,** a factorilor declanșatori ai crizei și stabilirea surselor de suport social;

B. **Măsuri terapeutice.** Acestea cuprind: 1) creșterea medicației, posibil schimbarea preparatului, prescrierea medicației sau obținerea aderenței la medicația prescrisă; 2) schimbarea ambianței (dacă este posibil), prin mutarea la rude, în case protejate, cămin, spitalizare parțială sau completă; 3) identificarea și adăugarea altor tratamente; 4) reducerea presiunii surselor de stress (familie, prieteni, întreprindere); 5) îmbunătățirea abilităților de confruntare ale clientului. În ajutorul acordat pacientului sunt utile discuțiile asupra ambivalenței generate de dependență și regresiune.

Din perspectiva crizei sunt luaţi în atenţie factorii de tip eveniment de viaţă, circumstanţe nefavorabile îndelungate, cum ar fi reacţia emoţională exagerată a familiei faţă de psihoticul defectual, într-un cuvânt calitatea vieţii bolnavului psihic aflat într-un impas existenţial.

Importanţa contactului interuman în aceste momente dificile, marcate de apariţia unei simptomatologii productive, a fost demonstrată de eficacitatea centrelor de criză. Aceste unităţi terapeutice mici, cu capacitate de 4-8 paturi plasate în apartamente de bloc, în care este angajat personal specializat (îndeosebi asistente medicale de psihiatrie), învăţat să asculte empatic bolnavul timp de ore întregi şi să îl acompanieze, poate amortiza, prin bunăvoinţă şi devotament, tensiunea psihotică şi devierea delirantă, facilitând în mod substanţial acţiunea medicaţiei psihotrope. Un sejur de câteva zile, într-o atmosferă de profundă securitate, într-o asemenea unitate, reduce substanţial panica, manifestările psihopatologice şi poate preveni internarea în spital.

De multe ori se creează şi posibilitatea unei analize mai lucide a existenţei, găsirea şi neutralizarea factorilor de decompensare. Abia după aceea se poate propune o abordare de tip sfătuire şi rehabilitativă.

Acţiunile adiţionale din fiecare etapă pot impune colaborarea cu alţi colegi sau instituţii, conştientizarea contratransferului şi menţinerea unei atmosfere optimiste. În acelaşi spaţiu apare problema solicitărilor excesive din partea clientului, care se prezintă în "pseudocrize" [Birk şi Birk 1984] pentru a obţine atenţie şi, implicit, se creează riscul de a fi minimalizat sau rejectat de personalul copleşit.

10.4.7. Terapia crizei interpersonale să adresează conflictelor între generaţii, celor conjugale şi celor profesionale. Aceasta constă în iniţierea şi conducerea unei intervenţii de criză asupra mai multor persoane, după modelul terapici de grup, sau încercarea de a abilita unul dintre participanţi (un părinte, soţ/soţie) pentru a acţiona mai eficace în familie. În majoritatea cazurilor de criză conjugală se prezintă numai unul dintre soţi, întrucât celălalt nu acceptă (de obicei, cel considerat persoana ţintă, care este plasat pe poziţia de vinovat). În acest ultim caz există un risc considerabil de identificare cu persoana de referinţă, care aduce o serie de plângeri şi incriminări greu de echilibrat în absenţa celuilalt.

Un pas important în intervenţie îl reprezintă identificarea tematicii sale, a problemelor nerezolvate, "de dedesubt", pentru a trece cât mai repede la abordarea substanţei crizei. Aceasta presupune adunarea de informaţii de la cât mai mulţi participanţi şi evaluarea eforturilor fiecăruia de reducere a stressului. Fie că au avut un efect benefic, fie că au contribuit la agravarea crizei, ele reprezintă [Falloon I. şi colab 1993] ceea ce ce au putut oferi ei mai bun în momentul respectiv, în limitele concepţiilor şi trăirilor lor. Ele trebuie apreciate ca atare.

Concentrarea asupra esenţei crizei trebuie să fie obiectivul principal. După acelaşi autor, se consideră dăunător precum şi ca o diversiune plasarea unuia dintre participanţi în rolul de bolnav şi administrarea de medicamente. Chiar dacă se prescriu calmante pentru reducerea tensiunii, menţinerea atenţiei asupra temei principale este fundamentală. În acest scop este esenţială participarea persoanei ţintă la discuţii, cu contribuţia sa. Eforturile fiecăruia nu trebuie descurajate ci, mai curând, reorientate, restructurate.

În situaţiile de criză interpersonală, în conducerea unei şedinţe de grup, oficializate sau nu, se va ţine seama de acumularea unei importante încărcări afectiv-agresive, a ostilităţii, a unor diferende între participanţi, care reprezintă obstacole semnificative în dialogul terapeutic. Acesta poate fi parazitat de agresivitate, de respingerea zgomotoasă a profesionistului, de părăsirea intempestivă a întâlnirii şi altele. În prezentarea intervenţiei adresate crizei personale, au fost deja descrise procedee preliminare de reducere a tensiunii afective, menite să facă atmosfera "respirabilă" şi să aducă un grad de echilibru în grup. Asemenea procedee cuprind şi riscul inerent de a nemulţumi pe toată lumea, fiecare dintre participanţi aşteptând un sprijin deschis pentru el şi o distanţare, dacă nu o condamnare, a celorlalţi. De aceea terapeutului i se solicită o mare flexibilitate pentru a atinge următoarele obiective:

1. Să se adapteze situaţiei şi să găsească soluţii specifice în asigurarea stabilizării emoţionale şi securizării. Participanţii trebuie informaţi că nu se va întâmpla nimic rău, că va avea loc o discuţie obiectivă asupra problemelor care s-au ivit între ei. Tonul va fi blând, suportiv, iar mesajul este că va fi linişte.

2. Să stabilească regulile de dialog care să asigure o minimă echitate, adică fiecare vorbeşte o dată, iar în rest ascultă, indiferent cât de neplăcute ar fi cele auzite. Nu există dreptul de intervenţie nici măcar în cazul în care cineva este "călcat pe nervi"; participanţii vor fi informaţi că vor obţine dreptul la replică atunci când le va veni rândul.

3. Terapeutul rezumă permanent conţinutul discuţiilor, clarifică, pune întrebări de aprofundare, interpretează mesajele, scoţând la iveală conţinutul lor real, mai ales metalimbajul. Profesionistul interpretează conflictele în termeni de diferenţe în comunicare, de diferenţe în concepţie, discută despre concepţia şi filosofia de viaţă a fiecăruia, de aşteptări, de frustraţii şi nemulţumire, de reacţii şi temperament. Într-o anumită măsură, limbajul devine diplomatic. Acesta nu trebuie să lezeze pe nimeni, iar formularea sa se ghidează în raport cu modul în care este recepţionat de persoana căruia îi este destinat sau de către grup în întregul său.

Se aduce la lumină o anumită fundamentare logică a conflictului, care oferă o nouă bază de discuţie. Celor autoritari li se poate trimite o săgeată, o critică mascată, referitoare la grija excesivă sau la calităţile de "luptător". Nu se spune direct: "Eşti o persoană ambiţioasă, căreia îi place să comande, neţinând seamă de

alţii". Se discută despre cum este şi cum ar dori fiecare să fie într-o anumită situaţie, precum şi despre fanteziile fiecăruia.

4. Odată acceptate şi asimilate unele concluzii, se poate trece la găsirea de soluţii. Însuşi fenomenul de raţionalizare a crizei, plasarea ei pe tărâmul logicii, aduce o anumită relaxare care stimulează găsirea de soluţii acceptabile. Ele vor fi negociate pentru a satisface în măsură cât mai mare fiecare dintre părţi, care trebuie să regăsească în ele cel puţin o părticică din punctul lor iniţial de vedere.

5. De multe ori, concluziile sunt blocate de intervenţia unuia care vrea să obţină altceva, să îşi impună părerea sau să rupă înţelegerea. În acest caz este nevoie să se reia procesul de negociere. Pe lângă răbdare, terapeutul va exercita şi oarecare presiuni şi va acţiona persuasiv, oarecum directiv, subliniind avantajele unei înţelegeri, fie ea şi numai precară, în care apare un model de relaţii mai realist, posibil de acceptat de toată lumea. Astfel se va vorbi despre avantajele unei "păci strâmbe" faţă de un "război drept", însă nesfârşit şi cu multe victime. Este un proces de tatonare dificil pentru terapeut, care trebuie să lase la o parte orice ambiţie şi să sintetizeze soluţiile apărute dar şi pe cele posibile, cu riscuri şi avantaje.

6. Nu toate şedinţele de criză se desfăşoară triumfător, trebuie să avem modestia de a accepta că schimbările nu se fac imediat, adesea este valoros ca părţile să ia cunoştinţă că problemele lor sunt întrucâtva diferite faţă de ceea ce ştiau până atunci. Prelucrarea va fi continuată, fiind posibil ca, după un timp relativ scurt, discuţia să se reia, în situaţia în care fenomenul de criză nu a fost depăşit. De data aceasta paşii vor fi mai fermi către soluţie. În fapt, discuţiile anterioare nu au fost timp pierdut, pentru că întotdeauna se fac referinţe la ce s-a discutat în acel moment, concluziile anterioare devenind acum puncte de plecare.

7. Dată fiind complexitatea desfăşurărilor, durata unei astfel de şedinţe, realizate sub presiunea urgenţei, poate să se prelungească la 2-3 ore. Este importantă obţinerea relaţiei terapeutice, a relaxării, a unei noi viziuni asupra situaţiei. O şedinţă are limitele sale, deşi în rare cazuri poate avea efecte salutare. În majoritatea cazurilor ea va fi urmată de altele, de obicei cam 6-10, în care se elaborează şi se acceptă o soluţie, apoi se evaluează modul în care a fost pusă în aplicare, succesul şi, eventual, oportunitatea găsirii alteia.

8. Pentru intervenţia în crizele interpersonale este nevoie de o bună stăpânire de sine, de o anumită consistenţă şi de refuzul de a se lăsa antrenat în jocurile psihologice, elemente ce creează imaginea de autoritate, de forţă tăcută care impune participanţilor revenirea la o anumită sobrietate a expresiei emoţionale.

Violenţa în familie reprezintă fie expresia unei situaţii de criză, fie rezultatul stilului relaţional primitiv al unuia dintre parteneri, ca urmare a educaţiei în spiritul violenţei, a tulburărilor de personalitate, a alcoolismului, a consumului de droguri, a epilepsiei, precum şi a altor afecţiuni neuropsihice. Cunoscută fiind

frecvenţa ridicată şi consecinţele grave pe toate planurile ale violenţei în familie, ale abuzului şi maltratării femeilor şi a copiilor, violenţa în familie a devenit un delict pedepsit de lege. În multe ţări civilizate, poliţia are datoria să intervină, să apere pe cei ameninţaţi şi agresaţi şi să izoleze agresorul, chiar şi în cazuri mai uşoare, în absenţa unei agresiuni ce ameninţă viaţa. Deşi violenţa poate să apară sporadic în orice familie, ea devine o problemă reală atunci când se repetă.

O intervenţie de urgenţă cuprinde o etapă de evaluare preliminară, realizată de un specialist în sănătate mintală, care va identifica situaţiile în care se produc momentele de violenţă, factorii declanşatori, rolurile adoptate de fiecare participant. Acestea vor fi înţelese mai uşor prin prisma analizei tranzacţionale. Se vor lua în considerare şi situaţiile tensionate în care pulsiunile sunt controlate [Falloon I. şi colab.1993].

Intervenţia cu un puternic caracter educativ este menită să permită "normalizarea" şi integrarea emoţiei de mânie în viaţa familială, întrucât ea poate să aibă şi efecte pozitive. Exprimarea adecvată a mâniei, care este o emoţie firească, imposibil de eliminat din existenţă, ajută adesea la grăbirea rezolvării problemelor. Pentru a reuşi exprimarea adecvată a mâniei este esenţială introducerea de reguli în discuţiile posibil generatoare de conflicte. În primul rând, fiecare trebuie să îşi asume responsabilitatea emoţiei sale şi să nu o deplaseze asupra acţiunilor altora. Actele agresive nu pot fi scuzate niciodată, chiar dacă cineva are aparent dreptate. Întotdeauna există alternative, iar dacă nu se cunosc, ele trebuie învăţate.

Pe de altă parte, din partea celorlalţi trebuie să se manifeste o anumită fermitate, ce poate merge până la solicitarea intervenţiei poliţiei, a autorităţilor, a asistenţei medicale de urgenţă, chiar în incidente mai mici. În absenţa unei atitudini decise, ameninţările pot să degenereze, prin repetare, în agresiuni ireparabile. În mânuirea situaţiilor de tensiune, trebuie să se manifeste şi o anumită abilitate/flexibilitate din partea celorlalţi, menită să stopeze jocul provocărilor precum şi creşterea tensiunii relaţionale, practicat inconştient de victime şi, posibil, de către agresor.

De principiu, în familiile în care au loc certuri, scandaluri, este importantă stabilirea limitelor comportamentului acceptabil precum şi o listă de fapte inacceptabile: nu vor fi acceptate insultele, înjurăturile, proferarea de obscenităţi, nici un gest de ameninţare fizică, ridicarea mâinii asupra cuiva în timpul schimbului de replici, spargerea de obiecte etc.

Persoana index va învăţa să comunice trăirile sale de mânie altfel, într-un mod productiv care să ducă la rezolvarea problemelor în dispută, dacă acestea există. După modelul prezentat mai departe, la capitolul de abilităţi sociale, persoana index va exprima exact ce a provocat emoţia negativă: un gest, o vorbă, o situaţie de respingere sau umilire etc. De asemenea, va descrie ce a simţit şi ce

anume ar dori să se schimbe în atitudinea celuilalt pentru a fi prevenită astfel repetarea situației.

Discuțiile clarificatoare nu pot avea loc sub influența alcoolului sau a drogurilor. Dacă emoția o copleșește, persoana trebuie învețe să își aplice singură un time-out, un răgaz, să părăsească locul, să înceapă o activitate fizică ce poate reduce tensiunea emoțională, să iasă la plimbare, să se desprindă din context. În multe cazuri, poate fi nevoie de introducerea unui tratament medicamentos și de alte măsuri, descrise anterior, în managementul stării de mânie.

10.4.8. Crizele sociale. Termenul de criză s-a încetățenit în limbajul ultimelor decenii pentru a desemna situațiile deosebite, conflictuale, dificile, greu rezolvabile, din cele mai diferite domenii: funcționarea economiei, relațiile interetnice, relațiile interstatale, tribale, între grupuri etc. Acest termen are avantajul de a aduce în atenție toate atributele unei asemenea situații, cerința intervenției de urgență și dificultățile în rezolvare.

Au fost create instrumente de analiză dedicate unor asemenea evenimente, iar metodele de intervenție au evoluat rapid, depinzând de considerentele și concepțiile psihologice, politice, economice ale participanților. În crizele sociale rezultatele apar într-un timp mult mai îndepărtat (vezi crizele din diferitele părți ale lumii, din Orientul Mijlociu, Bosnia, Kosovo, Africa). Ele preocupă în primul rând populațiile respective dar și pe lideri, politicieni, economiști, militari. Strategiile de abordare a unei crize de mari proporții sunt în bună măsură teoretizate, dar soluțiile sunt costisitoare și greu de aplicat.

S-au creat instituții specializate de prevenire și combatere a crizelor, cum este cea din Belgia, de pe lângă Spitalul Regina Astrid din Bruxelles, care și-a format un corp de profesioniști alcătuit, în principal, din psihiatri, psihologi, militari și administratori, pentru a răspunde nevoilor stringente actuale din domeniul medicinii catastrofelor. Această instituție s-a constituit după scufundarea unui feriboat la Ostende, în anul 1980. Ea a fost utilizată, între altele, pentru îngrijirea rudelor victimelor catastrofei aviatice de la Balotești și apoi pentru pregătirea militarilor belgieni aparținând forțelor de pace ONU din Bosnia. În acest ultim caz, militarii au fost instruiți înainte de plecarea în dispozitiv, li s-a oferit o broșură cu informații utile despre stressul produs de operațiunile militare, semnele sale la nivel individual și măsurile ce pot fi luate la apariția primelor simptome.

În schema de intervenție a medicinii catastrofelor au fost incluși nu numai militarii ci și familiile lor, într-un amplu proiect de monitorizare a sănătății mintale și fizice, proiect care a cuprins multiple examinări înainte, în timpul și după expunere. Examinările erau menite să prevină sindromul stressului posttraumatic de tip Vietnam.

Pentru anumite crize (cum ar fi luarea de ostateci) s-a acumulat o experiență de mare utilitate. Există deja un model optim de abordare, verificat, ce poate fi pus în practică de echipe specializate de negociatori alcătuite din psihologi, ofițeri de poliție etc. Astfel, s-a stabilit că nu se ripostează niciodată de la început. Răpitorul sau chiar întreaga echipă trebuie ținut în permanență de vorbă, să se temporizeze, să se parlamenteze, să se negocieze și să nu existe un refuz direct, să nu se spună nu. El sau ei trebuie să fie să aduși în stare de epuizare fizică și psihică, până ajung la capătul puterilor, până le scade puterea de reacție și îndârjirea. Abia atunci se poate acționa cu maximum de succes, accentul fiind pus pe surpriză, viteză și forța loviturii.

Printre crizele cele mai interesante sunt cele artificiale, declanșate în urma zvonurilor, prin care profesioniștii dezinformării care știu să creeze îndoiala, să alimenteze panica, aduc persoanele țintă în stadiul de masă de manevră. Metoda principală este sugestia, adică strecurarea îndoielii și provocarea fricii primitive, prin aceasta scurtcircuitând judecata. De altfel, definiția sugestiei (care vine de la latinescul subgerere), adică a strecura cuiva ceva pe sub ușă, marchează caracterul obscur al manevrei, cu plasarea în față a unor elemente de suprafață. Nu va exista niciodată un discurs retoric persuasiv bun, de calitate, de tipul aristotelian, care aduce în față complexitatea problemei cu argumentația pro și contra, lăsând auditoriului să decidă în deplină cunoștință de cauză și să accepte riscurile. Odată declanșată criza, se va produce amplificarea fenomenului, asemănătoare bulgărelui de zăpadă care se rostogolește la vale.

Pentru dezarmorsarea acestor tipuri de criză este nevoie de intervenția psihologilor specializați în psihologia mulțimii care, împreună cu specialiști din domeniu, pot elabora o strategie de combatere, în care elementul central îl reprezintă calmul, informarea, educarea, inițierea de dezbateri între participanții direcți, cu argumentația și retorica adecvată, care vor facilita trecerea la stadiul de comportament reflectat. Ele vor permite fiecăruia să înțeleagă ce se întâmplă, care este interesul său și care sunt elementele ce ar putea conduce la elaborarea conduitei celei mai productive. Astfel de acțiuni presupun formarea competenței micului învestitor, a votantului și a altor categorii de persoane supuse influenței. În final, apare un plus de competență, accentul fiind pus asupra informării-educării, ieșirii în mass-media, stimulării comportamentelor reflectate și reducerii panicii. Este vorba, în fapt, de schimbarea mentalității. De altfel, insituțiile publice financiare, băncile, fondurile de investiții și chiar companiile vor trebui ca, pe viitor, să aibă compartimente specializate de influențare a opiniei publice, care să știe precis cum să contracareze eventualele crize, să le prevină, să știe cum să răspundă adecvat provocării și situațiilor grele. De aceea, acest domeniu este unul de mare viitor pentru România.

CAPITOLUL XI
PRELUCRAREA GÂNDIRII

O bună parte din activitatea psihoterapică se concentrează asupra gândirii, considerată generatoare de suferință. Din perspectiva constructivistă, majoritatea persoanelor care se prezintă pentru sfătuire prezintă greșeli de gândire, fie interpretări eronate ale realității ce pot să stea la baza unor emoții disproporționate, fie o sărăcie de opțiuni care duce la acțiuni prost direcționate.

Pentru analiza gândirii din punct de vedere psihoterapic au fost introduse clasificări noi, ce țin în parte de psihologia constructivistă. Cea propusă de Nelson-Jones [1990] include și elemente de memorie și percepție, cuprinzând mai multe elemente de analizat, printre care:

- generarea ideilor, raționamentelor, evaluarea, procesele defensive;
- imaginile vizuale ale unor persoane sau situații;
- gândirea interioară. În majoritatea timpului, orice om se află într-un proces de dialog interior, care se află sub nivelul cunoștinței. În fapt, studiile experimentale au arătat că este vorba, mai degrabă, de un monolog. Numai în fața unor situații contradictorii apar dialogurile imaginare, în care subiectul se confruntă cu un "altul" sau cu două atitudini proprii diferite;
- metacogniția, capacitatea de a gândi asupra modului în care ne supraveghem propria gândire, a fi conștienți de modul în care gândim. De obicei, gândirea face un corp comun cu Eul, ceea ce face foarte dificilă conștientizarea și urmărirea critică a propriilor procese de gândire. Gândirea este legată de funcțiile sinelui, care efectuează continue procese de autoevaluare.

11.1. EVALUAREA GÂNDIRII

În vederea restructurării ar trebui să fie cunoscut stilul actual de gândire al clientului, operațiune care se poate realiza într-o atmosferă de colaborare menită să stimuleze dezvăluirea cât mai deplină, spontană și relaxată a convingerilor personale. Este greu să se găsească însă un etalon pentru a aprecia setul de convingeri al unei persoane. Stilul diferă cu generația iar a impune reguli de calitate și, pe deasupra, de conținut înseamnă a lua drept etalon gândirea proprie a terapeutului. Următorul caz clinic reprezintă un exemplu în acest sens.

Caz clinic

O mamă îngrijorată și-a adus fetița de 18 ani la consult pentru a verifica dacă nu suferă de tulburări psihice, mai precis de un delir. Totul a pornit de la un articol despre muzica rock, scris în secret și publicat într-o revistă. Cu multă

imaginație, au fost descrise trăirile exaltate ale unui fan al muzicii rock. Articolul se încheia cu formula "Marea Molie Oxidată" și era semnat cu numele adevărat al fetiței. Explozia s-a produs când o colegă de serviciu a arătat mamei articolul. S-a întors acasă indignată, a bătut fata și s-a decis să o ducă la psihiatru. În fapt, era vorba de o excelentă eseistă.

11.1.1. Analiza gândirii. Povestirea spontană a clientului este cea mai importantă sursă de informații asupra gândirii sale. Ea aduce la lumină nu numai faptele ci și concepția și experiența de viață a clientului, apărările sale și tendințele principale ale gândirii. Astfel, o doamnă, povestind despre adversitățile actuale, a declarat că încă de mică a avut nevoie de cineva drept dușman și chiar din primele clase primare se ciocnea în mod regulat cu alții. Când clientul este "încărcat", se află sub presiunea trăirilor neplăcute și are multe de spus. Relatările deși valoroase și abundente, sunt greu de mânuit.

Materialul poate fi evaluat mai în amănunt abia după înregistrarea sa (audio, video sau în scris). Dacă istorisirea se menține la nivel de monolog iar subiectul își poate prezenta netulburat concepțiile sale de viață, conținutul va rămâne mai puțin filtrat.

De obicei, interpretarea materialului brut se face imediat, punctual. Pe măsura acumulării de informații, este util ca sfătuitorul să efectueze scurte sinteze, constatări mai generale asupra vieții clientului, adică să definească trăirile și opiniile acestuia asupra situațiilor aduse în discuție, să identifice semnificațiile ascunse, atribuirile, sistemul de gândire și morala clientului. De aceea, în paralel cu procesul de ascultare, spiritul sfătuitorului trebuie educat pentru a efectua operații de prelucrare a materialului prezentat. Pentru înțelegerea povestirii clientului poate fi nevoie de deducții și inferențe, care completează golurile, "scăpările" sau semnificațiile subânțelese aflate în subtext.

"Și totuși l-am ascultat", spunea o cursantă care se pregătea să se formeze drept sfătuitoare pentru părinți și își expunea una din puținele sale contacte cu tatăl unui copil abandonat. Acest "și totuși" sugerează că ascultarea părintelui era privită ca o concesie, nu ca o datorie profesională și umană firească a unei persoane de îngrijire. Se ascundea aici un grad de aroganță, cursanta fiind mândră de atitudinea sa, pe care o considera ca exprimând un maximum de umanitate. În cazul în care prelucrările terapeutului sunt comunicate clientului, ele devin o parte a procesului terapeutic. În fapt, toate reacțiile terapeutului, chiar și modul în care pune întrebările, pot constitui surse de influențare.

Datele obținute din povestirea spontană pot fi completate cu întrebări, eventual cu confruntări de clarificare. Se poate cere ca subiecții să își argumenteze răspunsurile. Presiunea prea mare asupra clienților poate duce la stimularea apărărilor și la generarea de răspunsuri convențional-conformiste.

O bună cale de a cunoaşte modalităţile de abordare a existenţei este reprezentată de compuneri pe diferite teme cum ar fi "Cum îmi văd eu viitorul" sau "Dificultăţile mele", "Soluţii la situaţia actuală" etc., utile pentru cei care au dificultăţi de concentrare şi de reflectare, ca de exemplu, adolescenţii.

Pentru analiza de detaliu se propune clientului să-şi exprime cu voce tare toate gândurile care îi vin în minte în legătură cu o situaţie negativă dată, identificată din povestirea spontană, de exemplu o scenă înfricoşătoare. Prezentarea se poate referi la o situaţie reală sau la una simulată. Materialul poate fi înregistrat pe bandă video. Pentru elaborarea unui program de restructurare a gândirii, clienţii vor învăţa să înregistreze sistematic în scris, pe două coloane alăturate, scenele sau trăirile lor îngrijorătoare şi gândurile corespunzătoare care le urmează.

11.1.2. Definirea stilului de gândire. Pentru a defini stilul de gândire al clientului poate fi nevoie de o amplă activitate de reconstrucţie şi unele supoziţii de completare.

Caz clinic

O doctoriţă pensionabilă, care suferea prima dată de o afecţiune nevrotică anxioasă, cu multe cenestopatii, vine să se plângă de "înmuierea coapselor" şi de un fel de slăbiciune. Simptomele fuseseră interpretate într-o şedinţă anterioară drept semne ale relaxării corpului şi ale necesităţii de repaus şi refacere. De data aceasta, în timp ce relata, în puţine cuvinte, cât îi este de afectat mersul, s-a ridicat deodată de pe scaun cu o viteză incredibilă şi a făcut câţiva paşi cu agilitate spunând: "Uitaţi-vă!", în sensul de "Vedeţi cât de afectat este mersul?". Am văzut o persoană agilă, foarte activă, obişnuită să se mişte mult şi cu uşurinţă, care a fost profund afectată de o senzaţie relativ minoră, care a fost percepută drept o ameninţare serioasă la crezul vieţii sale. Într-o şedinţă anterioară povestise că a fost invitată să devină medic de familie şi să mai rămână în activitate.

Ea îşi dorea să se întoarcă la muncă pentru a completa lista de pacienţi. De altfel, ea observa că nu poate să stea în pat, "nu-i făcea bine", că pentru a se relaxa prefera să facă treabă.

În acest caz, repausul a apărut ca un semn al bătrâneţii, al decrepitudinii, iar relaxarea a fost interpretată drept un semnal al acestora. Toate acestea au fost intuite de terapeut în câteva secunde. Răspunsul a sunat astfel: "Întrucât evoluţia Dvs este spre bine, poate că ar trebui să vă gândiţi la reluarea activităţii, la pregătirea listei de pacienţi". Era alternativa care răspundea cel mai bine convingerilor şi fricilor sale şi a fost primită foarte bine.

11.2. METODE DE INTERVENŢIE ASUPRA GÂNDIRII

Se profilează câteva metode fundamentale de intervenţie asupra gândirii, şi anume: 1) modelul experienţial, asistarea suportivă a retrăirii unor scene şi situaţii; 2) prelucrarea-clarificare a diferitelor situaţii, prin dezvăluire, interpretare şi operaţii adiacente; 3) restructurarea completă a concepţiilor subiectului, după modelul cognitiv-behaviorist.

11.2.1. Asistarea suportivă. În asistarea suportivă a retrăirii unor situaţii, clientul se plânge, îşi povesteşte viaţa, se vede de cele mai multe ori ca o victimă, îşi consumă emoţiile severe legate de psihotraume acute ca: pierdere, eşec, situaţii stânjenitoare etc. Terapeutul încurajează dezvăluirea, retrăirea, participă şi ajută ca un catalizator la exprimarea unor trăiri de frustraţie, depresive, anxioase sau de altă natură. Intervenţia sa asupra gândirii este minimă. El însoţeşte clientul pe drumul lung al suferinţei, rolul său fiind mai apropiat de acel al unui duhovnic. Există însă riscul identificării depline cu clientul şi al contratransferului (vezi capitolul VI).

Simpla ascultare empatică presupune reordonarea spontană a gândurii după ce faptele au fost împărtăşite cu profesionistul, afectul iniţial pierzându-şi din forţă. Dacă situaţia este mai complicată, iar capacitatea de pătrundere şi intuiţie a subiectului e mai redusă, ori angajarea în conflict nu-i permite să perceapă şi dreptatea altora, restructurarea spontană nu se mai realizează prin simpla povestire asistată de terapeut, fiind nevoie de prelucrări suplimentare.

Asistarea suportivă poate să fie numai o primă etapă a unei intervenţii terapeutice, etapă corespunzătoare, de obicei, unei slăbiciuni semnificative a Eului clientului, unei stări afective severe, legată de exemplu de revenirea după o tentativă de suicid, o fază de refacere postpsihotică. Rolul său protectiv este fundamental. Eliberarea de tensiunea dureroasă prin retrăirea momentelor psihotraumatizante va contribui la câştigarea unui grad de obiectivitate. În această fază, subiecţii nu sunt capabili să-şi prezinte viaţa fără serioase distorsiuni.

11.2.2. Prelucrarea-clarificarea. Aceste operaţii sunt menite să ofere un grad de restructurare a concepţiilor clientului, a atitudinilor sale, a acţiunilor sale. De obicei, clientul nu înţelege prea bine situaţia sa, o interpretează eronat, reacţionează excesiv, rămâne la nivelul aparenţelor, are tendinţa de repetare compulsivă a unor gânduri, conduite etc. Într-un anumit sens, gândirea sa este confuză, haotică, şi are nevoie de clarificare, de ordonare, de pătrunderea sensului mai profund al lucrurilor.

Între cele mai importante metode de prelucrare/clarificare se enumeră: reflectarea, parafrazarea, interpretarea, rezumarea, confruntarea etc. Selecţia şi dozarea metodei potrivite ţine de arta fiecărui psihoterapeut şi se învaţă în timp.

Experimentele impun continua monitorizare a subiectului şi urmărirea efectului digestiei "adevărurilor" intuite sau descoperite cu ajutorul psihoterapeutului

Ideal este ca subiectul însuşi să ajungă singur la ele, fără ajutor din afară, dar aceasta se întâmplă mai rar. Noile idei rezultate din procesul de prelucrare psihoterapică devin, după asimilarea de către subiect, catalizatorii unor procese intrapsihice cu efecte îndelungate, care vor duce în final la "a vedea lucrurile altfel" şi la regândirea existenţei. Procesul de învăţare este discret şi cuprinde momente de "iluminare", de "descoperire" prin autoînţelegere. Componenta qvasispontană oferă clientului un grad de satisfacţie. Acest model este practicat de tehnicile de "dezvăluire", prototipul lor fiind psihanaliza, dar este utilizat şi de sfătuire.

11.2.3. Restructurarea cognitivă. O a treia cale de intervenţie este legată de restructurarea conştientă şi planificată a gândirii, printr-un proces sistematic de învăţare, pregătit şi dirijat de terapeut. Aici nu mai este vorba de o intervenţie spontană, pe ici şi pe colo, a terapeutului, caracterizată prin reflectări, interpretări sau confruntări care lasă o mare libertate subiectului de a accepta ceea ce îi convine lui, ci de un adevărat proces planificat de curăţenie generală, proces adresat gândurilor considerate parazite, care vor fi înlocuite cu altele de sens contrar. În asemenea cazuri, blocul de convingeri negative este atât de consistent şi de bine ancorat încât nu mai poate fi atacat fragmentar. În continuare se oferă un exemplu de gândire care necesită profunde şi sistematice restructurări.

Caz clinic: "Eu despre mine"

1) "Am o părere foarte proastă despre mine pentru că nu sunt în stare să învăţ, adică învăţ greu şi uit repede. Mă simt ca un handicapat deoarece nu sunt capabil să mă concentrez deloc".

2) "Nu sunt capabil să cuceresc nici o fată, probabil că am anumite defecte de care nu-mi dau seama şi care le resping".

3) "Nu sunt în stare să vorbesc ca un adult, vorbesc ca un copil răsfăţat de 10 ani, mai grav este că nu-mi dau seama de acest lucru, mi-l spun alţii".

4) "Vorbesc repede şi nu sunt în stare să pronunţ clar cuvintele, lucru de care nu-mi prea dau seama şi mi-l spun alţii".

5) "Când merg pe stradă, merg mai cocoşat, nu sunt în stare să stau drept, lucru care poate displace fetelor. Nici acest lucru nu sunt în stare să-l controlez".

6) "Nu mă simt stăpân pe mine".

7) "Când vorbesc cu o fată de care îmi place mă bâlbâi (semn că e ceva în neregulă cu mine), îmi tremură puţin picioarele şi am o emoţie puternică în interior. Nu sunt în stare nici măcar să port o conversaţie cu o fată, am un blocaj psihic şi nu ştiu ce să-i spun".

8) "Probabil că sărăcia mea de idei este rezultatul unui coeficient de inteligenţă foarte redus".

9) "Sunt foarte nervos, nu sunt în stare să-mi stăpânesc nervii indiferent de locul în care mă aflu".

10) "Sunt un depresiv cronic, lucru care se poate lesne observa pe faţa mea deoarece colţurile gurii sunt lăsate în jos, tipic depresivilor".

11) "Nu am încredere deloc în propriile mele forţe".

12) "Consider că nu sunt bun de nimic".

13) "Mă uit în oglindă şi sunt convins că am o privire de om nebun".

14) "Sunt nebun pentru că un om sănătos nu face ceea ce fac eu".

15) "Mă simt obosit şi uzat ca un bătrân de 80 de ani".

16) "Orice lucru aş face nu sunt în stare să-l duc la bun sfârşit".

17) "Sunt un handicapat, un incompetent, într-un cuvânt, o nulitate".

18) "Cred că sinuciderea ar rezolva totul, pentru că, oricum, nu voi fi niciodată în stare să fiu un om normal şi performant, aşa cum vreau eu".

19) "Mă simt năuc de cap. "

Este setul de convingeri despre sine al unui student în anul V de Medicină, care, în plus, munceşte din greu să se întreţină, într-un regim de muncă în picioare de 12 ore pe zi, ca vânzător, cu resurse materiale foarte reduse. A obţinut rezultate şcolare mediocre dar a reuşit să treacă toate examenele. Nu a avut încă succes la fete şi, în lipsa acestuia, practică autocrotismul adolescentin cu multă vinovăţie.

A încercat să obţină un sprijin în credinţă dar se pare că nu a fost suficient şi, în prezent, este dezamăgit şi indignat că Dumnezeu nu-l ajută. Nici tratamentele medicamentoase repetate cu antidepresive şi anxiolitice nu l-au ajutat mai mult. Are o înfăţişare fizică obişnuită şi o înălţime potrivită, ochi verzi şi este mai degrabă blond. A avut o copilărie tristă, provocată de un tată agresiv şi respingător, care l-a criticat dur şi pe nedrept pentru rezultatele şcolare din primii ani de şcoală, considerate mediocre, deşi erau foarte bune. Mai târziu i-a părăsit complet pe mama sa şi pe el. Rezultatele sale şcolare au scăzut treptat, adolescenţa aducând cu sine frământările de mai sus.

Trecerea de la gândirea negativă care îl domină şi îi generează poziţia de neajutorare, de paralizie a voinţei, de autocompătimire sau de la zbaterea neliniştită, vinovată, către gândirea pozitivă nu poate fi realizată abrupt, dintr-o dată, subiectul purtând în spate un trecut de eşecuri relativ obişnuite pentru această categorie de clienţi.

11.2.4. Operaţiuni preliminare ale restructurării cognitive. Tranziţia către gândirea pozitivă poate fi ajutată de parcurgerea mai multor operaţiuni preliminare ca: încurajarea, acordarea puterii, deblocarea prin utilizarea imaginaţiei etc.

1) **Încurajarea** apare ca necesară în orice situație de pierdere, acută sau durabilă, care duce la o trăire de neputință, cu reducerea încrederii în sine. Reacțiile față de neputință sunt multiple. În cazul bolilor, cel mai adesea este adoptat rolul de bolnav și se poate ajunge la o stare de regresiune, dominată de neajutorare, anxietate, panică și/sau depresiune. Mult mai rar, subiectul păstrează o atitudine matură, chibzuită, generatoare de soluții satisfăcătoare.

Câteodată reacțiile la o situație descurajatoare pot să însemne revolta neputincioasă, cu negarea tuturor valorilor. Astfel, unul dintre subiecții cu trăiri de neajutorare a intrat într-o stare de furie și a scuipat pe icoane în biserică, blestemându-l pe Dumnezeu pentru că nu îl scoate din dificultăți.

În fapt, se produce un blocaj mental în "situație", o adevărată paralizie exprimată prin fixarea în modelul de gândire neajutorată, incapabilă să vadă alternative. Subiecții nu pot să se proiecteze altfel în viitor, fiind înghețați în gândirea negativă care îi copleșește, lipsindu-le curajul de a o combate.

Încurajarea [V. Tschudin 1991] cuprinde mai multe operațiuni. Primul pas este exercițul de conștientizare, prin care clientul percepe că nu e vorba de o distrugere totală, de o dezintegrare a persoanei sale, fiind delimitate corect dimensiunile pierderii. Reprezintă foarte mult pentru acești subiecți dacă reușesc să vadă că multe aspecte din viața lor sunt bune, în pofida trăirilor lor negative copleșitoare, a poziției nefericite actuale și să constate că cineva stă alături și îi sprijină.

Poziția de empatie, "mersul împreună" pe drumul explorării reprezintă un capital de încredere venit din partea terapeutului. A vedea și părțile intacte, calitățile subiectului, poate chiar tăriile sale, este un prim pas împotriva deznădejdii. Acestea trebuie aduse la cunoștința clientului și familiei sale. De multe ori, această muncă de ușurare a poverii gândirii este văzută de client ca o simplă manevră care nu ar exprima întocmai realitatea. De aceea, asimilarea unei păreri mai pozitive despre sine reprezintă o parte extrem de importantă a procesului terapeutic. Aceasta însă ocupă ceva timp și solicită și un ingredient sugestiv. Odată realizată, ea va genera energie. Orice client paralizat psihic, fără viață, fără planuri, paralizat chiar și fizic ca o "păpușă chinezească" [V. Tschudin 1991], are nevoie de încurajare ca de aer pentru a descoperi (vizualiza) șansele sale și a se naște speranța. Mai târziu, când clienții ajung să spună că se simt ceva mai bine, ei vor trebui susținuți și răsplătiți în continuare. Încurajarea trebuie să fie explicită. Ea se va adresa întregii persoane, nu numai unor calități sau acțiunilor disparate.

2) **Acordarea puterii** este o a doua operațiune. Conform trăirii de neajutorare, clienții au tendința de a plasa sfătuitorul într-o poziție forte, de "atotștiutor" sau de persoană superioară, capabilă să rezolve totul pentru ei, de salvator, clienții înșiși preferând situația inițială de neajutorați.

În realitate, rolul unui profesionist este nu de a salva pe alții, ci de a arăta că înșiși clienții posedă intrumentele și resursele de a ieși singuri din dificultate. După G. Egan [1977], aceasta ar însemna că sfătuitorul trebuie să fie numai un colaborator, un consultant cu oarecare experiență în procesul de schimbare. El trebuie să afirme aceasta în mod deschis, cu modestie și să comunice explicit că ei, clienții, sunt cei care vor realiza procesul de transformare a gândirii "prin ei înșiși". Stă în puterea lor să facă ceva pentru ei. Această acordare a libertății de gândire și acțiune este foarte stimulativă, deși poate fi interpretată drept un refuz de angajare din partea terapeutului.

3) **Stimularea imaginației** clientului poate declanșa deblocarea impasului cognitiv și existențial. Aceasta înseamnă a vedea realitatea în mod creator. Imaginația este unul din intrumentele cele mai eficace de schimbare, în pofida faptului că ea poate apărea ca un joc și deci poate fi privită de clienți ca o atitudine neserioasă, în momente în care ei consideră că ar trebui să se vorbească mai mult de trăirile și senzațiile îngrijorătoare.

De obicei, clienții nu reușesc să-și imagineze felul în care ar putea ieși din dificultate. Ei pot fi atât de blocați în suferință și autocompătimire încât pot afirma că nu au nici o idee. Este nevoie de multă încurajare pentru a se angaja pe calea imaginației, soluția cea mai realistă fiind, de obicei, ascunsă în cutele memoriei. Pentru o primă etapă, stimularea imaginației este necesară și pentru a regândi și a reinterpreta trecutul și prezentul și abia apoi pentru a dezvolta noi pespective asupra viitorului, noi moduri în care ar putea trăi mai bine în viitor.

Cercetările au arătat că managerii cei mai buni sunt aceia care își permit să viseze, să aibe speculații îndrăznețe, aparent fără legătură cu raționalul, să producă idei neobișnuite, știu să utilizeze jocul imaginativ, umorul [C. Rogers 1978]. Odată stimulată imaginația, se pot emite idei sau chiar soluții "mărețe" și radicale care ar putea să sperie clientul.

De aceea G. Egan [1990] consideră că este important să se înceapă cu un pas, un singur pas mic. De altfel, el propune următoarea formulă: *"Cum ar trebui să arate lumea Dvs. ca să vă fie un pic mai bine?"*. O mică excursiune imaginativă este la îndemâna clientului, mai ales dacă se vor căuta căi realiste, posibile, a căror valoare va fi apreciată ulterior. Important este ca subiectul să își găsească o mică schimbare de direcție a existenței. Aceasta este cea care va deveni ancora schimbărilor ulterioare.

11.2.5. Intervenția cognitivă. Aceasta operează schimbări majore asupra gândirii ce este distorsionată prin tulburări în atribuirea responsabilității, reguli nerealiste de gândire, gânduri automate, defetiste, ce parazitează monologul interior.

Procesul de intervenţie se desfăşoară în următoarele faze: conştientizarea tulburărilor, definirea lor cu precizie, mai ales a raporturilor gândire/emoţie, pregătirea unui program de corectare, implementarea sa de către client şi învăţarea monitorizării gândirii interioare pentru a reduce viitoarele devianţe în gândire.

11.2.6. Atribuirea responsabilităţii. Mecanismele de atribuire se referă la procesul explicativ, de stabilirea a cauzalităţii, pe care îl pune în mişcare fiecare persoană pentru a defini mai corect ceea ce se întâmplă cu sine şi cu restul lumii. Aceste mecanisme fac parte din eforturile de control cognitiv pe care le întreprinde fiecare dintre noi în fiecare moment. Oamenii au nevoie să găsească o cauză a ceea ce se întâmplă în viaţa lor, atât bine cât şi rău.

Cauzalitatea şi-a schimbat conţinutul în raport cu evoluţia cunoştinţelor ştiinţifice; de la doctrinele religioase, care atribuiau cauzalitatea forţelor supranaturale, s-a trecut la cea fizico-chimică, biologică sau socială. În sfera atribuirii rămân încă multe reminiscenţe ale gândirii primitive magice şi, alături de cunoştinţe, se exprimă tendinţe ce ţin de trăsăturile de personalitate, conflictele personale, de experienţa anterioară, de tonalitatea dispoziţiei dar şi de convingeri, printre ele la loc de frunte stând prejudecăţile.

Responsabilitatea poate să fie asupra sinelui, clientului însuşi (internă), asupra altora (externă), asupra mediului/soartei (externă). Ea poate să fie corectă sau incorect atribuită de către client şi, eventual, de către aparţinători. Deformările legate de procesul de atribuire se datorează multiplelor mecanisme, între care cele de apărare ale Eului ca negarea, deplasarea, proiecţia, un stil defectuos de confruntare, ca nevoia de a controla totul, perfecţionismul sau din contră, evitarea, fuga de responsabilităţi.

În depresii, atribuirea responsabilităţii asupra nereuşitelor, evenimentelor negative se face asupra sinelui, asupra clientului, care îşi descoperă tot felul de vinovăţii. M. Seligman [1975] arată că studenţii depresivi atribuie cauzelor externe, şansei, rezultatele lor bune la examene, în timp ce eşecurile le-ar aparţine.

Modelul paranoiac tinde să plaseze vina asupra altora. El se întâlneşte şi în afara bolilor psihice, la multe persoane care utilizează mecanismele proiective, profund subiective, având dificultăţi în a accepta propria responsabilitate. Este vorba de adolescenţi, de persoane aflate în criză adaptativă sau în situaţii conflictuale, în cadrul cărora se descrie şi dubla judecată, îngăduitoare faţă de propriile greşeli şi aspră faţă de alţii. Acest fapt este tipic pentru cuplurile aflate în discordie, în care accentul cade asupra greşelilor sau relelor intenţii ale partenerului, ceea ce impune ca în orice mediere să se ia în considerare şi mecanismele de atribuire [I. Glick, J. Clarkin, D. Kessler, 1987].

Modelul fatalist, tipic creştin, sugerează că omul este slab, supus vremurilor. Responsabilitatea se deplasează către exterior, către forţe superioare, iar destinul,

autorităţile exercită acţiuni malefice ce nu pot fi influenţate individual. Proporţional se reduce din responsabilitatea proprie care este minimalizată, inducându-se o atitudine de pasivitate.

De cele mai multe ori subiectul nu este prea încântat de ideea schimbării în atribuirile realizate anterior de către el însuşi, pentru că în spatele acestor "adevăruri" stă un întreg eşafodaj de raţionamente, dovezi şi argumente care trebuie demontate şi reaşezate într-o altă configuraţie. Aceasta poate să impună utilizarea confruntării şi adoptarea unui comportament provocator din partea terapeutului, care va solicita argumente şi va introduce noile explicaţii printr-o activitate didactic-persuasivă. Printre apărările utilizate de client în protejarea atribuirilor sale anterioare şi a explicaţiilor însoţitoare se enumeră şi limbajul aluziv sau indirect, depersonalizat. El este neutralizat prin solicitarea de reformulări mai directe din partea clientului care să înceapă cu *"Eu"*. De exemplu, *"Nu se poate începe serviciul timpuriu primăvara, e prea frig!"* ar putea fi înlocuit cu *"Eu nu vreau să încep lucrul în primăvara aceasta!"*.

În aria noastră culturală, există o clară tendinţă către limbajul aluziv, prin care situaţia este privită mai de departe, în general. Introducerea lui *"Eu"*, adică a personalizării şi reformulările directe, fără scuze sau justificări, creează un limbaj direct, precis, care e mai greu de acceptat. El pare brutal, lipsit de tact, dar permite risipirea perdelelor de fum prin care subiectul se menajează, îşi menţine poziţia generatoare de dificultăţi. Când clientul spune *"Nu pot!"* sau *"Nu se poate!"* (a doua formulare mai diplomatică) aceasta înseamnă de fapt *"Eu nu vreau!"*, ceea ce este cu totul altceva. A pronunţa această ultimă aserţiune deschide perspectivele unei discuţii asupra motivelor refuzului, care erau ecranate de ideea neputinţei, plasată în faţă ca un dat, posibil ca o stare biologică de neputinţă.

Dacă pasarea responsabilităţii către alţii este relativ banală, asumarea de responsabilităţi excesive este mai rară şi duce la supramuncă, recunoscută pe plan internaţional sub termenul de exces (adicţie) prin muncă (workoholics). Asumarea excesivă a responsabilităţii, care poate căpăta o intensitate delirantă, a fost descrisă în depresii ca expresie a trăirii de vinovăţie. Ea este o caracteristică şi a comportamentului de tip A, asociat bolilor cardiovasculare şi a muncii nemăsurat de intense şi îndelungate, compulsive, tipice societăţii moderne.

În cazul celor care "fac prea mult" (overdoing) la serviciu, acasă sau chiar în amor [B.Robinson 1995], în spatele dorinţei nemăsurate de a munci, de a fi devotat, de a avea performanţe sexuale ieşite din comun, există un set de convingeri justificative care deformează viziunea firească asupra vieţii. Ele se nasc, de obicei, încă din copilărie, se accentuează în perioada şcolară, iar la maturitate îşi pun amprenta asupra stilului de viaţă al persoanei, ducând la stress, eşecuri sentimentale şi familiale, epuizare. Cel mai adesea, ele se leagă de modelul comportamentului de tip A, binecunoscut în bolile cardiovasculare, care se poate manifesta încă din perioada preşcolară.

Discutarea aspectelor legate de atribuirea responsabilității și corectarea eventualelor deformări contribuie substanțial la definirea realistă a problemelor, la găsirea soluțiilor adecvate și la activarea persoanelor respective

11.2.7. Analiza limbajului interior. În mod obișnuit, limbajul interior constituie un instrument intermediar, pe care îl percepem destul de greu în mod distinct, fiind intim legat de întregul eșafodaj al gândirii. De obicei, el este un monolog alcătuit din cuvinte, fragmente de propoziții sau raționamente prescurtate care se succed cu o anumită viteză. El devine perceptibil, vizibil și chiar chinuitor în ruminații sau rumegările mintale obsesionale și în situații de cumpănă existențială, în care soluția se lasă așteptată.

Dubitația duce la apariția mai multor poziții interioare diferite sau chiar conflictuale, ceea ce face ca monologul interior să devină un dialog în care se ciocnesc cele două "părți" sau seturi de argumente contradictorii. Câteodată, subiectul se imaginează "în situație", față în față cu un interlocutor și își elaborează replici, un discurs ce poate căpăta formele cele mai variate. În asemenea cazuri, subiectul face cunoștință cu unele convingeri ale sale, își vorbește, dar se și autoascultă.

Prin intermediul limbajului interior se articulează convingerile sau opiniile cu deciziile. În viața de toate zilele, toată această activitate apare ca un conglomerat care necesită un susținut efort de autoobservare și conștientizare pentru a fi examinat și a-i se defini contribuția ca limbaj interior la modelarea comportamentului. În fapt, limbajul interior este expresia gândirii, a convingerilor, a așteptărilor, a operațiunilor ce preced decizia și acțiunea.

Conștientizarea limbajului interior este importantă în situațiile de lipsă de control a neliniștii, anxietății, mâniei, timidității, în fricile exagerate, fobiile, inhibițiile de tot felul, cum ar fi cele sociale sau sexuale, în confruntarea cu stressul, în stările conflictuale. Fiecare din stările de mai sus are un suport conceptual, un limbaj interior, este precedată, acompaniată și urmată de un cortegiu de gânduri, de reflexii care pot fi anticipative, însoțitoare sau concludente. Clienții pot fi pregătiți în a conștientiza contribuția lor la declanșarea și menținerea propriei situații, în a învăța să schimbe regulile interne exagerate, convingerile nerealiste, în a edifica altele mai productive, mai optimiste, pozitive, în a învăța să iasă din impasul cognitiv ce corespunde, de cele mai multe ori, cu cel existențial.

11.2.7.1. Confruntarea cu gândirea interioară. Procedura a fost denumită **învățarea confruntării cu gândirea interioară** [R. Nelson-Jones 1990] și este considerată o abilitate de bază. Învățarea confruntării nu presupune neapărat învățarea stăpânirii unor sentimente și eliminării lor odată pentru totdeauna ci, din contră, recunoașterea și acceptarea lor, identificarea motivațiilor și a rădăcinilor

lor, care pot să se afle în ideile pe care ni le facem despre o situație, în anticipările alarmiste, exagerate. Pornind astfel din interiorul gândirii, se poate crea o privire dinăuntru, ca aceea a actorului principal, dar și una dinafară, ca aceea a unui observator sau analist.

Sesizarea gândurilor apărute inaintea unei întâlniri sau a participării la o acțiune poate permite descoperirea modului în care îi este apreciată importanța (mare/mică), a șanselor de reușită/nereușită, a obstacolelor de întâmpinat, a strategiilor de depășit, a succesului/eșecului.

Există o pregătire cognitivă a intrării în situație, care poate fi adecvată prin stimularea succesul sau poate fi defetistă, favorizând producerea eșecului, care devine astfel autoprogramat. Fiecare din cele două alternative cuprinde un alt set de gânduri care pot lua chiar forma unui scenariu închegat, cu efect facilitator sau blocant.

În acest spațiu se vorbește de îndeplinirea autoprofeției, adică în cazul când ne vom prezice un eșec este posibil să adoptăm un comportament de eșec, caracterizat prin moliciune, ezitare, pasivitate, retragere timpurie, preziceri pesimiste, neimplicare, care va duce, în majoritatea cazurilor, la rezultatul prezis. A ieși din cercul vicios al autoprofeției presupune schimbarea scenariilor de pregătire și adoptarea unui limbaj diferit de confruntare.

Caz clinic

Iată descrierea gândurilor declanșate, parazite, de înainte de întâlnirea lui Mihai cu o fată. Mihai are vârsta de 23 ani și se plânge că este foarte timorat și că nu a reușit să consolideze nici o legătură sentimentală:

"Când merg la o întâlnire cu o fată, MERG RESEMNAT CU IDEEA că oricum NU O SĂ O CUCERESC, pentru că sunt anormal:

1) Sunt cocoșat;

2) Am voce subțire ca un copil de 10-13 ani;

3) Nu vorbesc ca un om matur ci ca un copil răsfățat;

4) Vorbesc prea repede și pronunț cuvintele pe jumătate;

5) Am privirea unui om anormal, o privire de "gheață" care înspăimântă fata cu care vorbesc. Mi-a spus o fată acest lucru. Alta mi-a zis că am o privire ciudată;

6) Am mișcări bruște și necontrolate;

7) Nu voi putea să fiu atent la felul cum vorbesc: a) dacă mă exprim frumos; b) dacă vorbesc clar; c) dacă vorbesc prea tare, mi s-a spus că vorbesc RĂSTIT; d) nu-mi dau seama dacă folosesc un timbru plăcut;

8) Mi s-a spus că nu pronunț clar cuvintele, că le pronunț pe jumătate, este unul din motivele pentru care sunt un partener neplăcut în conversație;

9) Prin felul meu de a fi sunt antipatic, nu știu ce să fac pentru a fi un tip simpatic;

10) Vorbeşte gura fără cap (nu pot să fiu atent la ceea ce vorbesc, e ca un automatism);

11) Parcă dorm cu ochii deschişi;

12) Când vorbesc cu o fată sau cu alte persoane sunt complet absent, mintea mea este suspendată în gol, parcă sunt de pe altă planetă;

13) Când vorbesc cu o fată parcă nici nu o văd, dacă o văd pe stradă o recunosc, la întâlnire o recunosc, dar când vorbesc cu ea mă uit la ea parcă nu o văd, privirea e îndreptată spre ea dar nu o văd, DORM CU OCHII DESCHIŞI, privirea e suspendată în gol...;

15) Mintea mea parcă e spartă în bucăţele, bucăţele pe care nu reuşesc să le asamblez pentru a-mi pune creierul în stare de funcţionare...;

Este evident că în timpul întâlnirii subiectul era încărcat de gânduri pesimiste referitoare la funcţionarea psihicului şi corpului său. Toate perturbările descrise oglindesc o adevărată stare de panică, cu manifestări psihice şi chiar fizice, musculare, generate de aşteptarea unei înfrângeri.

Aserţiunea sa fundamentală (neformulată perfect clar) era "Eu oricum nu o să cuceresc (o fată)". Ea ar putea fi completată de o alta: "pentru că eu sunt foarte înspăimântat de întâlnirile cu fete". El nu a sesizat că, datorită gândirii defetiste, îşi face o pregătire emoţională inadecvată în aşteptarea întâlnirii. A fost generat un proces de autoobservare îngrijorată, care a accentuat frica, ducându-o spre paroxism. Aceste gânduri, aparţinând limbajului interior, duc la "resemnare", la o trăire de pasivitate depresivă ce inhibă iniţiativa şi blochează gândirea: "mintea mea parcă e spartă în bucăţele ". Ea este parazitată continuu de aceste aserţiuni stereotipe. El descrie mai departe:

16) Pur şi simplu sunt blocate circuitele care fac legătura între: a) creier şi ochi; b) creier-gură; c) creier-ochi-gură. Parcă totul funcţionează aiurea în capul meu...

17) Tot ceea ce fac, fac în mare grabă, merg repede pe stradă... vorbesc repede, uneori tare şi răstit... ori am o BOALĂ foarte foarte gravă care mi-a afectat în aşa măsură creierul... probabil vreo SCLEROZĂ precoce a creierului...

În continuare, subiectul reia plângerile iniţiale asupra funcţionării psihicului, gândurile respective ocupându-i tot limbajul interior. Analiza detaliată a desfăşurării întâlnirilor sale cu fete şi la ceea ce se aştepta de la ele a evidenţiat faptul că tânărul avea o psihologie masculină foarte primitivă şi aştepta ca, în câteva ore de la cunoştinţă, să ajungă la raporturi sexuale complete, fără stabilirea vreunei legături afectivă.

Ideea de a realiza o legătură sufletească, afecţiunea faţă de fata respectivă îi era complet străină iar sugestia despre necesitatea ei i-a stârnit mirarea şi sarcasmul. Totul fusese plasat pe plan concret. Aşa-zisa conversaţie socială era de umplutură. De altfel, nici nu-l interesa ce gândeau fetele respective, viaţa lor,

aşteptând din partea lor un comportament de tip prostituată şi adoraţia masculului din el. Grosolănia sa fusese îndreptată către mai multe studente la Teologie, pline de tabu-uri pe care el nici nu le intuise. Limbajul de confruntare inadecvat era rezultatul nu numai al eşecurilor dar şi a concepţiilor sale asupra rolului "bărbatului" în sexualitate.

Restructurarea gândirii interioare va avea drept obiectiv întregul stil de concepere a relaţiilor între sexe.

Caz clinic

Într-un alt caz de timiditate, la începutul studenţiei Mioara a fost invitată la o petrecere cu dans. Încă în timp în care se îmbrăca acasă, în limbajul interior şi-a spus că: "Va fi foarte greu. Eu nu ştiu să mă port şi să dansez şi ceilalţi vor observa foarte repede că sunt proastă şi nu ştiu ce să vorbesc. O să mă încordez şi faţa mea va fi aspră şi urâtă. O să fiu ignorată. Cred că va fi mai bine să rămân acasă." O dată ajunsă acolo Mioara îşi spune că: "Ar fi bine să mă întorc acasă. Eu nu pot să fac faţă situaţiei, este prea complicată."

Ca şi Mihai, Mioara va lua cunoştinţă de pregătirea mintală şi verbalizările sale inadecvate, pesimiste, descurajatoare şi va învăţa un nou limbaj interior mai ofensiv, de confruntare. La munca terapeutică se va adăuga îmbunătăţirea încrederii în sine şi dezvoltarea abilităţilor de conversaţie.

11.2.7.2. Limbajul interior de confruntare, prin care subiectul îşi vorbeşte lui însuşi are două componente principale: a) autoinstruirea în privinţa acţiunilor legate de situaţie, acţiuni care vor fi simple, ordonate, pentru în a fi puse în aplicare una câte una şi b) autoinstruirea pentru controlul arxietăţii. Cele două componente sunt strâns legate una de alta. Tânăra de mai sus ar putea să-şi spună în acelaşi timp: "Fii calmă şi adresează-te unei persoane care zâmbeşte, pare prietenoasă şi ccmunicativă".

Pregătirea va include restructurarea în sens pozitiv, ofensiv, a întregului limbaj interior legat de contactul cu situaţia anxiogenă a celui din perioada **dinainte, din timpul** şi de **după încheierea întâlnirii.** Va rezulta o nouă imagine mintală a sa care va deveni o verigă în procesul de restabilire a încrederii în sine.

Pentru Mihai autoinstrucţiunile de confruntare pozitive ar putea fi formulate astfel: *"Gândurile mele alarmiste trebuie înlocuite prin abilităţile de confruntare. Să mă calmez! Eu pot stăpâni situaţia, sunt un tânăr ca toţi ceilalţi care poate să cucerească o fată. Am să fac paşi mici. Important este să îi vorbesc. Am câteva subiecte care o pot interesa, am să vorbesc rar şi clar".*

Apoi, în timpul întâlnirii stresante, el va continua să se autoinstruiască, să-şi vorbească pe plan interior: *"Să fiu calm, eventual să respir adânc, am să reuşesc să-mi stăpânesc frica"; "Simt cum se micşorează frica, faţa îmi zâmbeşte. Acum am să o ascult cu atenţie, pot să o urmăresc".*

La sfârşitul întâlnirii îşi va spune: *"Nu a fost atât de rău, m-am descurcat cu fata şi cu frica"; "Îmi place modul în care m-am descurcat azi"; "De ce mi-a fost mie atât de frică?".*

11.2.7.3. Remodelarea gândirii interioare este o intervenţie cu largi aplicaţii dar care necesită, pe lângă conştientizare, şi o muncă pedagogică. Clientul va învăţa despre legătura dintre gândire şi emoţii, despre efectele gândirii negative care blochează practic adaptarea persoanei şi despre modul în care aceasta acţionează, va crea scenarii pozitive de autoinstruire cu ajutorul profesionistului. Aceste scenarii vor fi experimentate la început împreună cu sfătuitorul, iar apoi singur, în realitate. Va învăţa să gândească cu voce tare, pentru a se auzi mai bine şi a lua la cunoştinţă cu orientarea gândirii interioare.

Astfel Mihai a fost stimulat să descopere subiectele de conversaţie care interesează sexul femenin, să-şi dezvolte abilităţile de informare prin discutarea cu verişoarele sale a acestor teme delicate, prin iniţierea de scurte conversaţii cu colegele, a căror durată să crească apoi prin adăugarea de noi subiecte. El va învăţa să asculte interlocutorul şi să se decentreze, adică să îşi deplaseze focarul atenţiei de la reacţiile sale la reacţiile interlocutorilor.

Toate acestea cer însă timp şi parcurgerea mai multor şedinţe de terapie creativă, cu împărtăşire de experienţe, evaluare, sugestii şi activitate de unul singur în viaţa reală. Pentru a fi de succes, regula de aur este să se efectueze un singur pas odată [Egan 1986]. Până la un punct, modelul este reabilitativ, dar rămâne un larg spaţiu pentru dezvoltarea de iniţiative din partea subiectului şi pentru auto-construcţia personalităţii.

11.3. INTRODUCEREA REGULILOR REALISTE DE GÂNDIRE

11.3.1. Dimensiunile distorsiunilor cognitive. Un pas important în edificarea intervenţiilor asupra gândirii îl reprezintă supoziţia că adaptarea la realitate depinde de sistemul de credinţe, de aşteptările faţă de noi înşine şi faţă de cei din jur. Fiecare persoană are propriul său sistem, implicit sau explicit. El poate să fie distorsionat, determinând importante dificultăţi adaptative, cum ar fi: fobiile sociale, agresivitatea şi altele.

11.3.2. Concepţia lui Ellis. O primă etapă în dezvoltarea intervenţiilor cognitive a fost realizată de către A. Ellis [1962] care a identificat un număr de 10 **convingeri iraţionale,** dăunătoare, sau percepte de autoconducere generatoare de dificultăţi care ar trebui să fie ţinta unui program terapeutic. Faţă de acestea el a dezvoltat un sistem propriu de analiză, asemănător celui folosit în terapia

comportamentală precum şi o metodă de intervenţie bazată pe înlocuirea gândirii iraţional-negative cu perceptele gândirii pozitive. Convingerile iraţionale definite de Ellis sunt următoarele:

1) Dumneavoastră ar trebui să fiţi iubit şi aprobat în totul şi totdeauna de toată lumea.

2) Dumneavoastră ar trebui să aveţi talent şi să fiţi capabili să reuşiţi în câteva lucruri importante.

3) Viaţa e o catastrofă dacă lucrurile nu merg cum doriţi.

4) Cei care vă fac rău sunt răi şi trebuie blamaţi.

5) Dacă vreun lucru este ameninţător, dumneavoastră trebuie să fiţi preocupat şi bulversat.

6) Dumneavoastră trebuie să găsiţi soluţii pentru a face viaţa mai bună.

7) Mizeria interioară şi emoţională provine din presiuni exterioare şi dumneavoastră aveţi puţine posibilităţi de a vă controla sentimentele şi a vă elibera de depresiune şi ostilitate.

8) Este mult mai uşor să întreprindeţi activităţi de stăpânire de sine, decât să vă confruntaţi cu dificultăţile existenţei.

9) Trecutul dumneavoastră este de o importanţă capitală, pentru că ceea ce a influenţat altădată viaţa dumneavoastră va trebui să vă guverneze şi în prezent sentimentele şi comportamentul.

10) Dumneavoastră puteţi atinge fericirea prin inerţie, inactivitate sau prin pasivitate plăcută. Nu trebuie să vă angajaţi personal.

De observat nuanţa imperativă a acestor percepte în care domină *"trebuie"* sau *"ar trebui"*. Acestea sunt considerate drept expresia gândirii *"trebuitoare"* (musturbatorie, de la must = a trebui). Cele mai frecvente, mai importante şi mai generale sunt primele 3 postulate, celelalte fiind considerate, mai curând, variante.

Pentru a afecta aceste convingeri care angajează subiectul la obligaţii morale nevrotice, excesive, Ellis a creat un **sistem de analiză** alcătuit din trei etape, denumite A, B şi C, cu următorul conţinut:

A. Se delimitează factorul declanşator (acţiune, situaţie etc);

B. Se analizează convingerile sau opiniile despre evenimentul declanşator ale persoanei în cauză;

C. Se stabilesc acţiunile şi trăirile apărute drept consecinţă a evenimentului activator. În general, veriga B, în care se petrece monologul sau dialogul interior, elaborându-se opiniile subiectului, este insuficient sesizată de persoana respectivă, ea fiind intrinsecă Eului. Veriga B este greu de identificat, atât ca moment şi conţinut cât şi ca efect asupra verigii C, adică a etapei de acţiune, de atitudine, de comportament. Oamenii sunt atenţi la evenimentele exterioare, la acţiunile ce urmează şi mult mai puţin la momentele intermediare, de proprie reflecţie, care apar ca fiind înţelese de la sine.

Veriga B cuprinde standardele care au fost adoptate în raport cu noi înşine, cu alţii şi cu viaţa, în general, şi care se exprimă printr-o serie de reguli. Cam întotdeauna persoanele se conformează propriei filosofii, deşi aceasta poate să nu fie explicit enunţată şi elaborată. Ea însă există şi îşi exercită influenţa, adesea în mod terorist, impunând orientarea conduitei chiar dacă aceasta din urmă devine incomodă sau absurdă.

Caz clinic

Astfel, o doamnă de peste 50 de ani povestea cum s-a simţit obligată ca timp de peste 10 ani să meargă în fiecare zi la mormântul tatălui său. Ea simţea că numai aşa îşi face datoria faţă de el şi faţă de familia sa. Acesta era preţul pe care ea considera că trebuie să-l plătească faţă de infidelităţile repetate faţă de soţul ei. Era atât de încorsetată în perceptele lui "trebuie" încât se prezenta zilnic la cimitir, indiferent de vreme sau de dispoziţia sufletească.

Regulile interne (veriga B) pot fi asimilate pe mai multe căi, aşa cum reiese din cazul următor:

Caz clinic

O altă doamnă, mai în vârstă, povestea că ea a adoptat un sistem foarte serios de judecare a propriilor fapte prin prisma credinţelor religioase pe care le-a asimilat la şcoala primară la călugăriţe. Ea fusese fascinată de pitorescul regulilor şi a început să-şi facă în fiecare seară bilanţul faptelor bune şi rele. În cazul în care acesta era pozitiv, ea avea dreptul să scoată un ac din coroana de spini a statuii lui Isus Hristos care se afla pe coridorul şcolii iar în caz contrar, dacă făcea greşeli, ea trebuia să sufere o pedeapsă. Mai târziu, după ce s-a căsătorit, ca şi-a menţinut sistemul de reguli din copilărie şi a început să judece conduita soţului şi a fiului după aceleaşi percepte, devenind foarte critică faţă de orice abatere.

De-a lungul anilor, s-a instalat în jurul său un adevărat zid al tăcerii, cei "vinovaţi" refuzând să mai comunice cu ea. Izolarea, care la început i-a produs indignare şi tensiune, a făcut ca, în final, să o determine să se mute în alt oraş, de unde revenea foarte rar să-i viziteze, şi numai pentru câteva zile. Multe din aceste reguli de conduită pot fi induse de către părinţi, printr-o educaţie restrictivă oferită de-a lungul întregii copilării.

Dacă în ambele cazuri existenţa unor convingeri era destul de clară iar subiecţii erau fi mândri de ele, expunându-le la lumina zilei, în stările de agresivitate ele fiind afişate cu mândrie şi cinism, în altele convingerile trebuie deduse din povestirea unor fapte, incidente sau situaţii, adesea disparate, care au ca element comun existenţa implicită a unor asemenea credinţe. Prezentarea lor constituie

frecvent o surpriză pentru subiect, care este pus astfel într-o altă lumină faţă de sine.

În abordarea antagonismelor cognitive ce pot sta la baza nevrozelor sau altor tulburări, A. Ellis propune mai multe momente: 1) pornind de la definirea factorului declanşator, a situaţiei date, 2) se va identifica sistemul de convingeri eronat; 3) se va stabili în ce măsură acest sistem este un răspuns internalizat faţă de un eveniment dat anterior şi care generează în continuare comportamente şi idei iraţionale. În următoarea etapă (4) se va corija acest sistem de gânduri iraţionale şi, odată corijat, 5) se va edifica o viziune mai realistă asupra lumii, mai conformă cu realitatea, mai puţin generatoare de antagonisme, de deformări [N. Jarousse 1996].

În raport cu cele 10 postulate iraţionale A. Ellis propune: dialogul clarificator cu clientul, prezentarea plastică a postulatelor prin jocul de roluri, utilizarea imaginaţiei în prelucrarea şi depăşirea lor. Toate acestea se vor efectua în următoarele 4 etape:

a) analiza ideei iraţionale şi a sistemului său de elaborare pentru a ajuta pacientul să realizeze apoi acest lucru singur;

b) compararea ideilor iraţionale cu realismul celor raţionale;

c) aducerea în prim plan a raţiunii, a gândurilor raţionale, în limbajul său interior, în viaţa de toate zilele, ca pavăză împotriva ideilor iraţionale;

d) asimilarea gândirii pozitive va duce modificarea comportamentului în timpul jocului de roluri, în şedinţele terapeutice şi în viaţa reală.

Metoda lui A. Ellis şi-a găsit foarte mulţi critici, mai ales prin imperativul adaptării cât mai fidele şi "realiste" a persoanei la realitate, chiar dacă aceasta din urmă îi este profund nefavorabilă, în loc să încerce o schimbare.

Adoptarea pur şi simplu a gândirii pozitive, a unei viziuni mai optimiste, este departe de a rezolva problemele cuiva, făcându-l să accepte orice. De aceea, conceptul gândirii iraţionale trebuie utilizat nu numai pentru a reduce pesimismul paralizant al neajutorării învăţate, al depresiei, ci şi pentru a găsi noi soluţii în vederea schimbării acestei realităţi după modelul terapiei cognitive şi al sfătuirii. În practică se întâlnesc ambele ipostaze.

11.3.3. Gândirea celor care fac "prea mult". Gândirea nerealistă poate să fie şi mai elaborată şi însoţită de capcane. B. Robinson [1995] a realizat în Statele Unite o listă de convingeri nerealiste, sub forma de decalog, a celor care "fac prea mult", precum urmează.

1) Realizarea aduce satisfacţii mai mari decât a exista, pur şi simplu.

2) Nu poţi să menţii o activitate remunerată fără o muncă exagerată.

3) Comportamentul nemăsurat este un mod de viaţă pozitiv.

4) Comportamentul nemăsurat nu produce nici o dependenţă fizică sau psihologică.

5) Comportamentul nemăsurat nu perturbă echilibrul psihic şi emoţional al individului.

6) Comportamentul nemăsurat este direct legat de stressul excesiv al muncii şi grelelor responsabilităţi familiale ale anilor '90.

7) Comportamentul nemăsurat este singurul mijloc eficace de a fi productiv în viaţa personală şi profesională.

8) Poţi domina tendinţele către exces reducând orele de muncă sau concentrând listele de obligaţii.

9) Se pot reduce tendinţele către exces prin evadarea către alte locuri.

10) Comportamentul nemăsurat poate fi justificat prin loialitate, prin nevoia de a asigura un anumit nivel de viaţă familiei sau de a aduce o justă contribuţie societăţii.

Comportamentul nemăsurat se acompaniază de agitaţii particulare. Unii, de exemplu, se simt bine numai dacă ocupă 4-5 servicii. Adesea ei îi mai ajută şi pe alţii şi se simt nefericiţi, devin anxioşi sau depresivi dacă li se retrag din sarcini. Orice formă de raţionalizare nu face decât să întărească pulsiunile obsesionale către efectuarea datoriei. În ceea ce priveşte "devotamentul excesiv", care se întâlneşte relativ frecvent ca însoţitor al depresiunii, B.Robinson oferă următorul chestionar de evaluare cu titlul "Faceţi prea mult pentru alţii?".

Citiţi cele 25 de afirmaţii de mai jos şi stabiliţi în ce măsură se potrivesc situaţiei Dvs. Cotaţi în partea dreaptă riscul de devotament nemăsurat cu următoarele puncte: un punct - nu este niciodată adevărat; două puncte - este câteodată adevărat; 3 puncte - este adesea adevărat, 4 puncte - este întotdeauna adevărat.

Chestionarul de evaluare a "devotamentului excesiv" al lui B. Robinson

Afirmaţii:

1) Eu depăşesc măsura asumându-mi problemele altora .....
2) Eu mă simt responsabil de ceea ce se întâmplă rău şi eu sunt cel/cea care trebuie să corectez lucrurile .....
3) Eu mă identific în aşa măsură cu sentimentele altora încât le resimt ca şi cum ar fi ale mele .....
4) Eu simt constant nevoia de a mă ocupa de alţii .....
5) Eu neglijez propriile nevoi pentru a mă ocupa de cele ale altora .....
6) Eu iau viaţa prea în serios şi am dificultăţi în a mă juca sau a mă amuza ..
7) Eu sunt îndemnat să rezolv problemele altora în locul lor .....
8) Eu am multe sentimente dureroase izvorâte din trecutul meu şi pe care nu le-am rezolvat niciodată .....
9) Eu mă simt nedemn de iubirea altora .....
10) Îmi lipseşte întotdeauna timpul pentru mine însumi .....
11) Eu mă critic şi mă depreciez .....
12) Mi-e frica de a nu fi abandonat de cei pe care îi iubesc .....
13) Eu am impresia că trăiesc întotdeauna într-o criză .....
14) Eu nu mă simt bine în pielea mea decât când sunt pe cale să fac ceva pentru alţii. .....
15) Eu nu ştiu ce să fac când nu mă ocup de alţii .....
16) Orice fac, eu am impresia întotdeauna că nu am făcut destul .....
17) Eu mi-am consacrat viaţa ajutorului acordat altora .....
18) Eu mă simt ameţit prin faptul că sunt atacat referitor la problemele altora .....
19) Eu simt nevoia întotdeauna să stăpânesc situaţia .....
20) Eu consacru mai mult timp pentru îngrijirea altora decât frecventării amicilor mei sau practicării timpului liber .....
21) Pentru mine este dificil să mă relaxez când nu mă consacru altora .....
22) Îmi vine o oboseală excesivă sau o lipsă totală de compasiune .....
23) Eu găsesc dificil să stabilesc limitele, spunând **nu** cuiva care îmi încredinţează problemele sale .....
24) Stressul, munca excesivă sau epuizarea profesională mi-au provocat probleme fizice sau de sănătate .....
25) Eu caut aprobarea altora şi afirmarea mea prin efortul de a mă face plăcut şi prin abnegaţia mea nemăsurată .....

Pentru a defini tendinţele principale de evoluţie, valoarea sa va fi măsurată repetat, în dinamică, pe măsura desfăşurării intervenţiei cognitive. Deşi, în sine, devotamentul, sacrificiul nemăsurat este apreciat ca o virtute, el poate să stea fie la originea epuizării, fie a depresiunii, a nevrozelor obsesionale şi a altor tulburări psihice, a pierderii legăturilor personale, a eşecului profesional.

Devotamentul faţă de alţii, pentru a nu deveni compulsiv, pentru a nu satisface în fapt propriile nevoi de apreciere, trebuie să înceapă prin devotamentul faţă de sine, care impune delimitarea şi stabilirea limitelor în raport cu alţii. Aceasta înseamnă a construi o existenţă echilibrată, a menţine o distincţie clară dintre da şi nu în relaţiile cu alţii, a proteja interesele personale în faţa altora, a fixa limite a ceea ce se poate oferi, a permite detaşarea de alţii precum şi a altora de subiect.

Gândirea iraţională se poate defini numai în cadrul contextului existenţial al subiectului, a istoriei vieţii sale, a etaloanelor cu care se compară sau de la care porneşte.

Concepţia lui A. Beck. După A. Beck [1976], geneza gândirii iraţionale este mai complicată, implicând şi intervenţia memoriei de lungă durată la un nivel inconştient, loc în care s-ar adăposti **schemele cognitive**, reprezentate de modele de interpretare a realităţii ce se formează în copilărie, şi chiar mai târziu, având ca substanţă, în principal, interdicţiile educaţional-parentale, regulile religioase etc. Schemele cognitive sunt plasate adânc în subconştient şi sunt activate de emoţii, provocând distorsiuni în tratarea informaţiei la nivelul sistemului nervos.

Declanşarea proceselor cognitive, a **cogniţiilor**, se realizează sub influenţa evenimentului, denumit şi **eveniment cognitiv**, care este activator al unor emoţii, de obicei negative. Emoţiile provoacă aducerea la nivel conştient a schemelor cognitive care influenţează profund generarea cogniţiilor (gânduri) prin distorsiunile pe care le exercită asupra sensului evenimentelor respective. Acestea se exprimă sub forma gândurilor parazite, automate, negative, scăpate de sub controlul conştient, cu mare grad de iraţionalitate. După A. Beck, distorsiunile cognitive capătă următoarele forme:

1) **Inferenţa arbitrară.** Aceasta constă în a trage concluzii fără probe. Este cea mai răspândită eroare logică.

2) **Abstracţia selectivă**, care duce la concentrarea asupra unui detaliu, în dauna întregului. După o săptămână productivă, pesimistul se concentrează asupra singurului moment de epuizare şi de nerealizare a planurilor sale, pentru a concluziona că a avut o perioadă proastă.

3) **Suprageneralizarea.** Pornind de la un singur incident, subiectul întinde o aură de eşec asupra întregii sale existenţe. Un moment slab actual se va repeta, evident, tot timpul în viitor.

4) **Maximalizarea şi minimalizarea.** Se atribuie mare importanţă eşecurilor şi nicio valoare succeselor care sunt subapreciate.

5) **Personalizarea.** Se supraestimează importanţa relaţiei dintre subiect şi evenimentele negative ale existenţei. Subiectul se simte răspunzător de slăbiciunile, eşecurile, incapacitatea, ghinioanele, nereuşitele, indiferenţa altora. Succesele şi realizările sunt datorate norocului sau altora.

Obiectivele procesului de restructurare cognitivă vor fi ansamblul de gânduri, imagini mintale, monologurile/dialogurile interioare, paraziţii reprezentaţi de gândurile automate, defetiste. Sarcina terapeutului este să introducă în sistemul de gândire al clientului modelul cogniţiilor pozitive, aflate sub influenţa raţionalului, şi să producă în final eliminarea schemelor cognitive dăunătoare.

Modelul terapeutic propus de A. Beck cuprinde "triada": gândire negativă iraţională, emoţie negativă, gândire pozitivă ca alternativă raţională, şi poate fi reprezentat grafic într-un tabel de mare utilitate. După R. Nelson-Jones, câteva percepte asupra existenţei, preluate de la A. Beck, prezintă consecinţe durabile. Aceste precepte sunt:

1) Trebuie să fac lucruri bune şi de calitate pentru a câştiga aprobarea celorlalţi. Altfel eu mă consider o persoană ratată.

2) Ceilalţi trebuie să mă trateze cu consideraţie, exact în modul în care eu doresc să fiu tratat.

3) Condiţiile în care trăiesc ar trebui "aranjate", astfel încât eu să primesc tot ce îmi doresc, uşor, repede şi să nu primesc nimic din ceea ce nu îmi place.

Caz clinic

Viorica este o soţie gospodină care este şi personajul principal al familiei cu soţ şi 2 copii.

A. Evenimentul este constatarea că aceşti 2 copii ai săi nu sunt atât de bine îngrijiţi pe cât i-ar plăcea ei.

B. Ea consideră că fiecare lucru din apartamentul său trebuie să fie curat, în ordine desăvârşită. Altfel, ea nu este bună de nimic şi nu îşi face datoria.

C. Este foarte supărată şi frământată pentru că nu a reuşit să ţină casa în perfectă stare. A încercat să obţină cooperarea celorlalţi pentru a participa la dereticatul casei, însă fără succes, folosind mijloace nepotrivite ca plânsete, reproşuri, ţipete. A limitat contactele sociale ale familiei pentru a nu se face de râs cu starea apartamentului său. Nu şi-a mai invitat prietenii.

Caz clinic

Hanibal este tatăl unei familii cu 2 copii.

A. Copiii şi soţia nu-i arată aprecierea pentru eforturile sale grele, pline de sacrificii, de a le asigura o viaţă îndestulată.

B. El trebuie să câştige întotdeauna aprobarea celor din jur, altfel se simte o persoană fără valoare.

C. Trăieşte sentimente de frustraţie, se autocompătimeşte, se consideră o victimă a soartei. Este numai politicos, excesiv de politicos cu copiii săi, ceea ce duce la distanţarea lor şi a soţiei.

Caz clinic

Ani este elevă de 22 de ani la o şcoală de asistente medicale.

A. Are unele dificultăţi neaşteptate în înţelegerea materiei şi realizarea temelor pentru acasă.

B. Idealul său este să fie competentă şi să facă întotdeauna lucruri de bună calitate. Viaţa ar trebui să fie mai lină, fără obstacole.

C. Este profund nemulţumită faţă de ea însăşi. Este deprimată şi are dificultăţi în concentrarea atenţiei.

În toate cele 3 cazuri transpar regulile gândirii nerealiste, aşteptările sau standardele de performanţă foarte ridicate din partea subiectului sau a celor din jur, a familiei.

Gândirea iraţională se poate defini numai în cadrul contextului existenţial al subiectului, a istoriei vieţii sale, a etaloanelor cu care se compară sau de la care porneşte. Orice relatare spontană va avea goluri inerente, care necesită completări sau reconstrucţii din partea profesionistului

Iată relatarea despre sine a unei tinere de 22 de ani.

Caz clinic

"Nu ştiu dacă voi găsi un prieten pe care să-l iubesc, cu care să comunic (să fiu compatibilă). Nu sunt o fire practică. Nu cred că aş putea să cresc un copil, deşi îmi doresc mult să fiu în rândul lumii, să am un scop pentru care să trăiesc. Mi-e teamă c-aş putea să mă îmbolnăvesc din nou, stând în stress şi făcând efort la facultate. Am sentimentul că vârsta mea psihică şi fizică e de 16 ani şi că nu voi putea trece niciodată de acest prag. Toate aceste neputinţe îmi dau o tensiune foarte puternică, insuportabilă, care îmi mănâncă energia. Aş vrea să fac "design" (sau cel puţin mă atrage), dar nu vreau să-mi schimb profilul acum. Deviza "totul depinde de tine" mă sperie, pentru că până acum nu am realizat nimic. Nu am lucruri de care să fiu ataşată, nu mă mai entuziasmez. Sufăr când văd perechi pe stradă etc. Am început să plâng des. Nu mai văd sensul vieţii. Nu ştiu pentru ce să lupt. Am greşit pentru că sunt prea diferită de ceilalţi.".

Deşi la prima vedere tânăra este complet debusolată şi predomină o gândire negativă de neputinţă, transpar însă câteva standarde de la care ea nu este dispusă să abdice:

"Nu vreau să-mi schimb profilul acum". A fost studentă la arhitectură şi este posibil să nu aibe talentul necesar şi resursele pentru a termina a facultate atât de grea. Este interesată mai curând de formele obiectelor, de culori, iar sugestia terapeutului a fost că ar fi poate mai potrivită trecerea către design. A eşuat de 3 ori în încercarea de a promova anul III, datorită unei stări de astenie excesivă, împletită cu elemente funcţional isterice. Nu se putea da jos din pat din cauza asteniei. A trece la colegiul de arhitectură i-ar permite ca după încă un an să aibă o calificare şi să se încadreze în producţie. Dar să treacă în alt stadiu al ciclului vieţii i se pare o abdicare inadmisibilă de la idealurile sale.

A fost o elevă excelentă a liceului de informatică, a fost şi a trăit întotdeauna printre premianţi şi oameni de succes. Colegele şi colegii săi şi-au continuat drumul, sunt licenţiaţi. Ea nu poate admite să fie mai prejos. La începutul facultăţii se uita de sus la o colegă de la ţară care făcea şi serviciu, era mai superficială şi avea rezultate mai slabe la învăţătură. Ea, în schimb, era meticuloasă, a depus toată energia în proiecte şi în învăţat; a luat 9 la un proiect la care a muncit extrem de mult, după care a eşuat în cele următoare şi au apărut simptomele de mai sus.

Analiza stilului de realizare a evidenţiat trăsături obsesionale: grija excesivă pentru amănunte şi perfecţiune şi deviza "calitate sau nimic". Şi în cazul afirmaţiei: "nu mai văd sensul vieţii" lipseşte o bucată importantă pe care trebuie să o intuiască profesionistul. Aceasta ar fi: "Nu mai văd sensul vieţii... în afara reuşitei la facultatea de arhitectură". Convingerea filosofică fundamentală a clientei ("trebuie să realizez lucruri mari pentru a putea exista, pentru a fi demnă de familia mea şi colegii mei") este înrudită cu cele descrise mai sus.

"Până acum nu am realizat nimic" este o aserţiune care tinde să ignore prin minimalizare faptul că fata a absolvit un liceu solid şi 2 ani de facultate care ar putea fi valorificaţi în mai multe moduri. Ei reprezintă o bază de plecare reală.

Negarea devizei "totul depinde de mine" ascunde frica de asumarea răspunderii şi de acceptarea unei situaţii mai puţin convenabile pe moment. Aceasta ar putea include schimbarea profilului, solicitarea de ajutor, acceptarea obţinerii de note mici, a momentelor de cădere şi definirea ca obiectiv principal a următoarei idei: "Să accept o evoluţie universitară mai puţin glorioasă dar să acţionez într-un fel anume". În spate este percepţia vagă că acceptarea unui nou mod de existenţă ar reprezenta un "prag de netrecut".

Şi aserţiunea "Nu ştiu dacă voi găsi un prieten pe care să-l iubesc, cu care să comunic (să fiu compatibilă)" nu este conformă cu realitatea. Ea este rezultatul unui proces de minimalizare a realităţii. Din discuţii a reieşit că fata este curtată de 2-3 tineri cărora nu le acordă nici o atenţie, iar unul, mai insistent, o caută foarte frecvent la telefon. Nu-i place pentru că e mai tăcut şi, câteodată, se plânge de greutăţi. Foarte greu s-a dedus că ea şi-ar dori pe cineva care să fie pe un rol

superior, de înţelept, care să o înveţe "ca un tată" şi nu unul care se confruntă, el însuşi, cu dificultăţi. Nici măcar nu acceptă să se plimbe cu vreunul dintre ei, aspirând să rămână "ca înainte", alături de colegele din liceu care sunt măritate acuma, sunt plecate în străinătate sau sunt foarte ocupate. Bărbaţi există în jurul său, dar ea nu-i percepe ca atare. De altfel, este o tânără frumoasă.

După desluşirea pretenţiilor şi standardelor interne, adevărate obstacole în calea unei existenţe satisfăcătoare, plângerile sale au devenit mai inteligibile şi mai abordabile dintr-o perspectivă cognitivă.

11.4. ABORDAREA SISTEMATICĂ

O abordare sistematică trebuie să aibă cel puţin 3 componente: 1) dezvoltarea unei motivaţii a intervenţiei; 2) identificarea şi discutarea regulilor nerealiste; 3) înlocuirea lor cu reguli mult mai realiste, capabile să aducă succesul.

11.4.1. Prezentarea unei motivaţii pentru schimbare. Devine important ca, în momentul în care se conturează un set de convingeri nepotrivite ce stau în spatele unor eşecuri repetate, depresii, stări de anxietate, stress sau alte tulburări, subiectul să fie informat că suferinţele sale nu reprezintă simple lovituri ale soartei, nedreptăţi sau altele. De asemenea, el va fi informat că tratamentele medicamentoase, simpla încurajare, exerciţiile de autostăpânire sau alte remedii energetice sau bioenergetice, nu pot împiedica repetarea situaţiilor nefaste.

Subiecţii trebuie să realizeze legătura dintre convingerile proprii, stările emoţionale exagerate sau patologice de care suferă, şi evenimentele nefavorabile ce pot urma, îndeosebi inhibiţiile şi eşecurile. Scopul acestei etape este să accepte implicarea propriei gândiri şi să-şi propună munca migăloasă de înregistrare a limbajului interior şi de surprindere a regulilor interne iraţionale. Dificultatea unei atare intervenţii începe de la poziţia unor asemenea reguli faţă de Eu. Dacă ele fac corp comun şi reprezintă crezul existenţei subiectului, solicitarea pentru schimbare înseamnă atacarea unui întreg edificiu, apărat cu străşnicie în faţa imixtiunilor din afară

De multe ori, iraţionalitatea a fost sesizată anterior şi atacată frontal de alţi sfătuitori ocazionali sau profesionişti, care nu au avut răbdare să parcurgă întregul proces. În schimb, sunt mai uşor de surprins convingerile distonante faţă de restul personalităţii, credinţele, superstiţiile şi altele, chiar de către clientul însuşi, iar altele zac la nivel inconştient, ţâşnind numai în anumite momente, necesitând în acest sens a fi dezvoltate abilităţi corespunzătoare.

Clienţii vor fi ajutaţi să perceapă acest fundament, adesea bine camuflat, de emoţii. De altfel, în spatele fiecărei convingeri iraţionale, în profunzime sălăşluieşte o frică sau un sentiment de inadecvare, care constituie nu numai

motivaţia. ci şi motorul unor conduite. Educarea clientului îi va permite ca pe viitor să întreprindă, el singur, o muncă de depistare a distorsiunilor ideative, care începe prin **intervenţia terapeutică.**

11.4.2. Identificarea regulilor nerealiste. Aceasta porneşte de la definirea corectă a emoţiilor şi comportamentelor nepotrivite, pentru a ajunge la gândurile nerealiste. Procesul presupune o oarecare modificare a triadei lui Beck [1976] admiţându-se ca punct de plecare emoţia resimţită de subiect, pentru a merge înapoi către gândul care a generat-o. Subiecţii sunt obişnuiţi să aducă pe prim plan, în discuţiile cu profesionistul, emoţiile respective, împreună cu tot cortegiul de senzaţii neplăcute, insistând asupra a nenumărate amănunte referitoare la intensitatea şi localizarea lor.

Trebuie un oarecare efort în a depista convingerile însoţitoare. Astfel, în sexualitatea feminină, în spatele insatisfacţiilor legate de lipsa de senzaţii, care sunt descrise drept incapacităţi, poate să stea ascunsă o trăire de competiţie cu partenerul care ar suna astfel: "Să mă comande el pe mine?". Rivalitatea în raporturile fundamentale dintre cei doi poate duce, mai curând, la activarea unei profunde stări de mânie, cu refuz, care ia locul relaxării şi plăcerii.

Limbajul utilizat de client poate să ofere unele indicaţii. Utilizarea frecventă a lui "trebuie" sau "ar fi necesar", sugerează existenţa unor reguli interne stricte, iar clientul va fi informat despre existenţa lor. Printre activităţile importante de prelucrare se enumeră şi demontarea modelului de reguli nerealiste, alcătuit din:

- **generalizare** - se construiesc reguli pentru toate situaţiile. Aceste reguli blochează flexibilitatea iar clienţii nu îşi permit nici o abatere de la ele;
- **perfecţionism** - consumul excesiv de energie pentru a asigura amănuntul, nemulţumirea continuă cu ceea ce s-a realizat;
- **imperativitate** - ei solicită executarea imediată a unor dorinţi care sunt luate drept cerinţe;
- **gândire catastrofică** - totul va merge prost, ne vom prăbuşi, nu este nici o şansă. Probabilitatea unui eşec se transformă într-o tragedie. Gândirea catastrofică este incompatibilă cu succesul în afaceri sau cu activitatea de întreprinzător. Ea blochează orice iniţiativă;
- **stigmatizare** - în cazul unei greşeli, persoana se judecă pe sine cu asprime şi nu incidentul ca atare. Se autocategorisește în termenii de bun/rău, capabil/incapabil. Ca urmare, se dezvoltă vinovăţiile paralizante şi se prăbuşeşte stima de sine;
- **autodescurajare** - subiectul se descrie în termeni atât de nefavorabili, sau evenimentele sunt implacabile, încât nu poate face nimic; bătălia este pierdută dinainte...

Odată identificate regulile nerealiste, acestea vor fi conceptualizate, discutate, şi se va merge către conştientizarea de către subiect a efectului lor nefast. Pot să apară şi dispute, în cadrul cărora poziţia sfătuitorului poate fi de provocare [A. Ellis 1962], pentru a aduce la lumină argumentaţia clientului: "De ce vă pare atât de insuportabil?"; "Arătaţi practic cum merg lucrurile!". Se poate merge pe metoda exagerării consecinţelor, până când subiectul însuşi recunoaşte că aşa ceva nu se poate întâmpla.

Se urmăreşte zdruncinarea concepţiilor clientului şi evidenţierea netemeiniciei acestor opinii, prin întrebări sau comentarii, fără a-l umili şi a-l pune într-o situaţie imposibilă faţă de sine însuşi, cum ar fi afirmaţiile că este un slab, un neputincios, care s-a condus toată viaţa după reguli absurde.

De aceea, alegerea momentului discutării regulilor nerealiste diferă de la un client la altul în raport cu sensibilitatea sa. A. Ellis [1962] începea cu prima întâlnire, chiar din faza de evaluare, ceea ce poate părea intempestiv, dar în practică funcţionează foarte bine iar A. Beck [1976] declanşează restructurarea odată cu elaborarea programului. În această etapă, recunoaşterea caracterului iraţional sau chiar absurd al unor reguli ar trebui completată cu învăţarea subiectului să-şi recunoască el însuşi asemenea tendinţe şi să le pună apoi în discuţie. Aceasta va deveni o abilitate în viitor.

Nu este însă foarte sigur că se vor obţine rezultate pozitive prin criticarea unor standarde prea înalte de performanţă, autoimpuse de către subiect, sau asimilate de către acesta şi familia sa. Ambiţiile nemăsurate, chiar dacă se însoţesc de eşecuri pe măsură, au meritul de a ridica subiectul la o înălţime nebănuită, cel puţin în ochii săi, de a-i proteja stima de sine, de a-l feri de depresie.

Caz clinic

Un tânăr de 23 de ani a venit la consultaţie pentru astenie, începoşarea vederii şi slăbirea memoriei. Era un candidat cronic la facultatea de teatru, secţia de regie. Căzuse deja de 5 ori şi era decis să meargă înainte până va reuşi. Provenea dintr-o familie cu nume mari şi dorea să fie demn de ea. Citea enorm şi îşi pusese în gând ca, până la examenul de admitere, să aibă "cel puţin cultura lui Mircea Eliade", fapt pentru care nu avea nici o limită în ceea ce priveşte numărul cărţilor de citit şi de memorat. Avea şi ambiţia să le şi ştie foarte bine, aproape pe dinafară.

Recunoscându-se existenţa unor mecanisme psihogene în blocajul vizual, s-a insistat asupra dimensiunilor exagerate ale temelor de învăţat. Aceasta a declanşat o profundă stare de nemulţumire din partea tânărului, care a cerut terapeutului să se ocupe de starea sa psihică, de oboseală şi nu de viitorul său. În final, nu a mai venit la consultaţie, motivul fiind clar. S-a încercat combaterea convingerilor iraţionale, dar a fost lezată mândria clientului.

11.5. REGULI DE VIAŢĂ REALISTE

Pentru a pregăti clientul în vederea schimbării, este util ca el să cunoască câteva din caracteristicile gândirii realiste, lucru de care este are mare nevoie în România. Aceasta corespunde unei gândiri active, care pune accentul pe confruntarea cu dificultăţile, cu realitatea, angajare în loc de evitare şi stagnare, care se pot naşte ca rezultat al manevrelor iraţionale.

J. Cottreaux [199] susţine că gândirea realistă este una fie **fără iluzii pozitive**, de atotputernicie, care colorează viaţa în roz, pregătind eşecuri neaşteptate, fie fără iluzii negative, care blochează orice angajare, creând terenul pentru inactivitate şi depresie. Terapia cognitivă ajută la debarasarea de acest balast. Ea aduce următoarele elemente pozitive:

- **flexibilitatea**, în profund contrast cu gândirea nerealistă, rigidă, care angajează subiectul în acţiuni repetitive de eşec. Flexibilitatea este premiza schimbării pro-adaptative;

- **renunţarea la autocaracterizări dramatice**, la gândirea catastrofică, care permite ca acţiunile subiectului să se desfăşoare din aproape în aproape, fără iluzii şi cu mari şanse de reuşită.

În dezvoltarea gândirii realiste este nevoie de o strânsă colaborare cu clientul, care are dificultăţi în a defini şi a alege alternativele care aduc în prim plan filosofia modestiei, a imperfecţiunii, a banalului, o perspectivă mult mai puţin spectaculoasă, dar mai puţin anxiogenă. Preferinţele şi aspiraţiile actuale ale clientului vor fi acceptate, cu condiţia aducerii lor la dimensiuni realiste. Iată modele ale gândirii realiste dezvoltate în cele 3 cazuri expuse anterior:

1. Viorica.

Gânduri nerealiste: "Fiecare lucru din casă trebuie să fie curat, îngrijit şi pus în ordine, altfel nu merit numele de gospodină".

Alternativa cu gânduri realiste: "Deşi mi-ar place să am o casă exemplară, este aproape imposibil să o realizez când copiii sunt mici. Am să mă străduiesc să o pun la punct înaintea venirii musafirilor".

2. Hanibal.

Gânduri nerealiste: "Eu trebuie să capăt aprobarea celorlalţi, a copiilor mei, de fiecare dată, altfel nu sunt un om de valoare".

Alternativa cu gânduri realiste: "Deşi mi-ar place să am aprobarea copiilor mei de fiecare dată, e important să fiu eu însumi satisfăcut de mine. Dacă ei nu mă apreciază, ar trebui să descopăr motivul şi să văd ce trebuie schimbat în comportamentul meu".

3. Ani.

Regula nerealistă de gândire: "Eu trebuie să fiu competentă tot timpul, să am rezultate excepţionale".

Alternativa cu gânduri realiste: "Nimeni nu poate fi bun tot timpul. E firesc să mai greşeşti câteodată. Important este să examinezi greşelile şi să găseşti soluţii de îndreptare".

Unul dintre cei mai eminenţi colegi de breaslă s-a străduit ca, la toate reuniunile din ţară, în toate domeniile psihiatriei, să realizeze cel mai important raport ştiinţific. Dorinţa de a fi un "superman" pe plan ştiinţific avea în spate frica de a nu fi socotit incompetent, fapt care se reflecta în ideea nerealistă: "Dacă nu realizez la toate reuniunile ştiinţifice lucrările cele mai valoroase şi nu sunt în centrul atenţiei, nu reprezint nimic". Alternativa realistă era: "Este firesc să nu poţi să acoperi toate domeniile psihiatriei. Eu pot să realizez rapoarte de calitate numai în domeniile în care sunt expert. Am să las altor colegi şansa de a prezenta concepţiile lor în domenii în care eu nu sunt prea documentat. Poţi să rămâi pe un plan mai secundar la unele reuniuni fără a pierde prestigiul ştiinţific. Este normal să ajuţi colegii să se afirme şi ei".

11.5.1. Definirea gândirii realiste proprii este un exerciţiu anevoios, care necesită timp şi verificări. Pentru a obţine o adevărată schimbare de concepţie, la reformularea ideilor este bine să participe şi un martor, care să asculte şi să aprecieze realismul lor. Pentru început, acest rol îl va juca sfătuitorul. Unii autori, printre care şi R. Nelson-Jones, propun analiza înregistrării casetelor audio sau video cu discuţiile psihoterapice, care permit definirea concepţiilor de viaţă ale subiectului. şi a convingerilor iraţionale. Scrierea lor pe tablă în cadrul şedinţei psihoterapice permite percepţia de către client a propriilor convingeri, într-un mod diferit.

Pentru a avea o idee asupra subtilităţii operaţiei de "vânare" a gândurilor nerealiste, se poate consulta lista de gânduri automate depresive negative, oferită de J. Cottreaux [1992], care vor trebui înlocuite. Acestea acţionează ca nişte fulgere în psihicul depresivului:

Cea mai mare dificultate este să fac faţă lumii.
Nu sunt bun(ă).
Pentru ce nu reuşesc eu niciodată?
Nimeni nu mă înţelege.
Am lăsat să cadă pe alţii.
Eu cred că nu pot să mai continui.
Mi-ar place să fiu un altul, mai bun.
Eu sunt aşa de slab!
Viaţa mea nu se desfăşoară aşa cum mi-aş fi dorit.
Sunt dezamăgit de mine însumi.
Nimic nu mai este atât de bun ca înainte.
Nu mai pot să suport multă vreme.

Eu nu apuc să încep lucrurile.
Oare ce este atât de rău în mine?
Îmi doresc să fiu un altul.
Nu pot să fac să meargă lucrurile.
Eu mă detest.
Sunt fără valoare!
Îmi doresc să dispar!
Ce nu merge cu mine?
Sunt un perdant!
Viaţa mea este ratată.
Eu sunt un ratat.
Sunt atât de fără speranţă!
Ceva trebuie să se schimbe.
Probabil că am ceva rău în mine.
Viitorul meu este sumbru.
Nu ajung să termin lucrurile.

Desigur, multe persoane au avut momente de gândire nerealistă în existenţa lor. De aceea, este important să se stabilească dimensiunile unor asemenea tendinţe în psihicul subiectului, dacă ele sunt dominante sau numai tranzitorii, dacă însoţesc sau nu momentele de mare presiune din viaţa persoanei respective. În al doilea caz, ele ar putea fi ignorate, pentru că fiecare are momente de îndoială asupra tăriei sale când se află la ananghie. Intenţiile terapeutului sunt de a oferi alternative la gândurile paralizante, negative, precum şi de a înlocui concepţiile de viaţă pesimiste, generatoare de mari deziluzii.

Utilizarea triadei Beck este de real folos pentru ordonarea gândirii şi generarea de alternative. Ea se poate efectua împreună cu sfătuitorul, în timpul şedinţei psihoterapice, sau de unul singur, acasă, în momentul producerii evenimentelor cognitive. Aceasta va permite surprinderea pe moment a procesului respectiv "la cald", oferind o mai mare oportunitate în formularea gândirii realiste.

Definirea gândirii realiste se face în oglindă cu ideile iniţiale, iraţionale, printr-o prezentare ordonată, scrisă, care va cuprinde, conform schemei Beck, o primă etapă de descriere: **situaţia declanşatoare externă** (sfârşit de săptămână fără program, singuratic) sau **situaţia declanşatoare internă** (reamintirea succeselor unui coleg, prieten, rudă etc., care devine prilej de comparaţie cu cele ale sale). Acestea declanşează emoţii corespunzătoare: tristeţe, mânie, anxietate, posibil cu reacţii vegetative, transpiraţii, înroşirea feţii, încordare musculară. A fost propusă o scală de intensitate, între 1-10, de măsurare a intensităţii reacţiilor emoţionale declanşate de gândurile negative, care se utilizează repetat pentru a măsura efectele tratamentului.

Starea emoţională penibilă este generatoare, la rândul ei, de gânduri negre, iraţionale iar în acele momente subiectul se transformă în autoobservator. Gândurile pot apărea sub formă izolată sau în şiruri întregi, legate între ele, ce pot căpăta dimensiunile unui scenariu autodistrugător, cu faze din ce în ce mai catastrofice. Se va exersa consemnarea lor şi se va cota pe o scală de intensitate, pornind de la 1 până la 8, măsura în care acestea reprezintă adevărate convingeri la care cel în cauză aderă, crede în ele. Abia după circumscrierea întregului tren de gânduri, care sună a scenariu, se pot formula alternative. Se va insista asupra efectuării întregului travaliu, cu multă conştiinciozitate, subiectul transpunându-se într-o poziţie cât mai neutră, pentru a obţine observaţii cât mai fidele.

11.5.2. Calităţile gândurilor realiste. Gândurile realiste se plasează în oglindă cu cele iraţionale, sunt deculpabilizante, fără sentinţe asupra vieţii şi viitorului, naturale, simple, cuprinzând obligaţii mai mici, fără pretenţii, şi aducând o concepţie mai senină asupra existenţei. Ele pot să apară numai dacă se produce o mutaţie în concepţiile subiectului printr-o nouă percepţie a lucrurilor.

11.5.3. Gândirea reactivă şi proactivă. În această direcţie S. Covey [1995] a dezvoltat conceptele antitetice, deja menţionate, ale gândirii reactive versus gândirea proactivă. Gândirea reactivă apare ca răspuns la împrejurările vieţii. Ea plasează subiectul într-o poziţie defensivă, fatalistă şi duce la concentrarea activităţii ideative asupra suferinţei, lezării, neputinţei persoanei în raport cu ceea ce ce se întâmplă în afara lui. Iată câteva expresii tipice ale gândirii reactive: "Nu pot să fac nimic"; "Aşa sunt eu făcut"; "Mă scoate din fire"; "Nu o să fie de acord"; "Sunt obligat să o fac!", "Nu pot"; "Trebuie să fac"; "Dacă...".

Acest limbaj absolvă subiectul de responsabilităţi. El plasează problema "în afara" subiectului. Concepţia reactivă pare, după acelaşi autor, rezultatul cultivării ideii de determinism, idee insuflată metodic de a lungul timpului. Ea atribuie relele şi bunele din ficcare om în afara lui. Astfel, determinismul genetic ar fi la originea unor defecte considerate "de familie" (violenţa, nepăsarea, izolarea) sau rasiale. Determinismul fizic [S.Covey] afirmă în esenţă că "de la părinţi ţi se trage", cu alte cuvinte, din educaţie, din trăirile plăcute sau neplăcute. După acelaşi model, emoţiile respingerii, ale eşecului în profesiune sau în căsătorie, ar fi determinate de "patron, soţie, şef".

Gândirea reactivă ar fi responsabilă şi de îngrijorări, acele ruminaţii, adesea nesfârşite, care sunt concentrate asupra lui "a avea". Câteva formulări se întâlnesc în viaţa de toate zilele: "Dacă aş avea un patron mai puţin pretenţios... dacă aş avea un soţ mai atent... dacă aş avea o soţie mai cooperantă... dacă aş avea mai mult timp pentru mine..."; "Dacă aş avea o diplomă...". O bună parte din timp şi majoritatea energiei pot fi consumate steril în cercul îngrijorărilor, oferind, pe bună dreptate subiectului imaginea ineficienţei sale.

Toate acestea, deşi adesea adevărate, cel puţin în parte, pot fi depăşite prin reconstruirea viziunii subiectului asupra vieţii sale şi crearea gândirii proactive. Se consideră că omul nu este chiar o jucărie pasivă în mâna soartei. El posedă libertatea sa interioară, posibilitatea de a alege cu variabilele: conştiinţă de sine, imaginaţie, conştiinţa morală, voinţă independentă etc., pe baza cărora poate să-şi construiască o atitudine opusă, dominată de ideea construirii, prin sine însuşi, a existenţei sale. Aceasta presupune iniţiativă, încredere în sine, cântărirea alternativelor.

În opoziţie cu raţionamentele gândirii reactive, subiectul se poate gândi cu totul altfel: "Să vedem ce-am putea face"; "Pot să încerc şi altfel"; "Sunt stăpân pe mine"; "Pot face o prezentare convingătoare"; "Voi opta pentru un răspuns potrivit"; "Aleg să..."; "Optez pentru..."; "Prefer să..."; "Vreau să...". Deci, subiectul încearcă să îşi construiască viaţa. În asemenea postură, abordarea este dinăuntru către înafară. Problema este în subiect, "a fi altfel", mai răbdător, mai activ, mai creativ, mai cooperant.

Este adevărat că îngrijorările nu pot fi anulate, dar se pot modifica efectele lor. Evenimentele actuale se transformă în surse de învăţătură pentru viitor. Greşeala, neglijenţa, trebuie recunoscute, ele se corectează, se iau măsuri de prevenire a repetării lor. Important este ca reacţia să fie proporţionată şi contracarată prin măsuri adecvate şi printr-o nouă viziune asupra realităţii.

11.5.4. Dezvoltarea unei noi percepţii asupra realităţii. Deşi clienţii par cantonaţi într-o singură interpretare a realităţii, ei pot să înveţe să creeze mai multe perspective, mai ales în ceea ce priveşte situaţiile generatoare de emoţii neplăcute. Înregistrările realizate după schema A, B, C a lui Beck şi Ellis necesită anumite prelucrări.

De obicei, subiectul are propriile interpretări asupra aşteptărilor sau concepţiilor sale de viaţă. Pentru a se confrunta cu gândurile sale automate el va trebui să înveţe să regândească evenimentele şi să le reinterpreze. Iată, de exemplu, cineva care aşteaptă tot timpul o atenţie exagerată din partea celor din jur, în special din partea şefului, poate să considere drept situaţie nefericită şedinţa în care acesta din urmă a lăudat pe un alt coleg pentru realizările sale reale şi, implicit, l-a ignorat pe el. Purtarea şefului din această şedinţă trezeşte la subalternul dependent o stare de amărăciune, de depresiune. Gândurile automate şi pesimiste pot să îl copleşească, să se năpustească asupra viitorului său, subiectul pierzând interesul pentru tematica întâlnirii.

Dacă însă ar fi văzut lucrurile din alt unghi, el ar fi putut considera şedinţa drept un prilej plăcut de întâlnire cu colegii tineri, o ocazie de a trage învăţăminte din munca şi rezultatele altuia, un moment oarecare din activitatea profesională, fără vreo semnificaţie deosebită. Efortul oricărui terapeut este de a implanta

clienților ideea relativității interpretărilor efectuate din afară, care ignoră ceea ce a gândit/a intenționat persoana implicată. Ea poate fi completată prin obiceiul de a crea mai multe versiuni ale sensului unei situații trăite negativ.

Lista versiunilor posibile se va realiza împreună cu clientul. Elaborarea acesteia poate fi facilitată de procedee de tip "brain-storming" constând în enumerarea rapidă a gândurilor ce apar, "vin" în cap, în legătură cu situația respectivă. La această listă se poate adăuga provocarea declanșată de interogații directe asupra validității interpretării iraționale: "Care este dovada?"; "Ce alternative vedeți pentru a înțelege situația?" etc., menite să creeze breșe în percepția anterioară irațională a subiectului. Prin dialogul de tip socratic și prin confruntare se ajunge la o argumentație logică, ce poate dărâma eșafodajul irațional. Astfel se dezvoltă flexibilitatea gândirii clientului.

11.5.5. Dezvoltarea percepțiilor alternative ale unor viitoare situații/sau ale celor prezente, a alternativei celei mai folositoare pentru client, reprezintă o pavază împotriva gândirii iraționale. Aceasta constituie o sarcină fundamentală pentru terapeut, care poate să revină cu oarecare insistență asupra acestui subiect, până se va obține rezultatul dorit. Astfel, la întrebarea "Dacă mă iubește atât de mult de ce nu mă ia în căsătorie?", pot exista mai multe explicații, pe care clienții vor fi încurajați să le elaboreze. În acest context, gândirea poate fi adusă către pragmatism, către adoptarea acelor soluții care aduc folos viitorului persoanei respective.

Anticipările se concentrează asupra viitorului. Ele sunt marcate de experiențele trecute. Dacă acestea au fost plăcute, majoritatea anticipărilor vor fi optimiste și invers. Anticiparea competenței subiectului de a acționa într-o situație cuprinde unele aspecte subiective. Este posibil ca această competență să fie subapreciată, clientul să nu se simtă în stare, deși competența sa reală este mult mai mare. Datorită pesimismului lor, persoanele respective vor avea mari dificultăți în angajarea în diferite acțiuni. Cei care nu au simțul competenței personale [R. Nelson-Jones 1990] sunt mai înclinați să sublinieze riscurile decât eventualele câștiguri. În schimb, cei care au trăit unele succese și au sensul competenței, pot să sublinieze câștigurile și să acționeze impulsiv, asumându-și riscuri excesive.

Aducerea la un echilibru a gândurilor despre viitor impune nu numai definirea perspectivei inițiale a clientului ci și examinarea de profunzime a corectitudinii ei, prin explorarea motivațiilor pozitive sau negative, a valorii acțiunilor propuse, prin prisma atât a riscurilor cât mai ales a beneficiilor imediate și a celor pe termen mediu, vizibile sau ascunse.

De multe ori subiecții aflați într-o situație nefavorabilă și care se găsesc în postura de clienți obțin unele câștiguri secundare, mărunte, de care se atașează foarte mult. De exemplu, în cazul celor pensionați înainte de vreme, aceștia sunt

înspăimântați că prin revenirea la un serviciu și-ar putea pierde pensia și protecția conferită de rolul de "bolnav" din partea familiei și societății.

Și perspectivele actuale de schimbare a statutului de salariat prin mersul reformei economice și de schimbare a locului de muncă, cu trecerea la "patron" sau la o antrepriză personală independentă, au declanșat valuri succesive de pensionări foarte premature, unele înainte de vârsta de 50 de ani. Acestea reflectă teama difuză și nediferențiată de schimbare, exagerarea riscurilor, incapacitatea de a evalua competența personală reală și eventualele beneficii ale inițiativei. Subiecții ar putea descoperi, cu ajutorul sfătuitorului, că merită să renunțe la aceste câștiguri secundare, care îi blochează în situația nefavorabilă. Pentru a depăși blocajul, s-a arătat deja că tehnica imaginației și a vizualizării viitoarei situații este de mare utilitate.

Clienții vor fi rugați să își imagineze și să verbalizeze eventualele riscuri, dar și câștigurile rezultate din implicarea într-o acțiune. Formulele de tipul "Ce vă satisface cel mai mult?" ar fi utile în definirea câștigurilor, iar în cazul pierderilor se recomandă ca subiectul să-și imagineze ce i s-ar putea întâmpla cel mai rău și să descopere obstacolele interne prin întrebări de genul: "Ce crezi că te blochează în obținerea a ceea ce dorești?".

Este un proces lent, care nu se poate desfășura sub mare presiune, însă mai important este să se obțină o evaluare curată și o definire a căilor de a acționa în vederea obținerii succesului. Subiectul va fi ajutat să-și anticipeze și să experiențieze succesul, inițial în imaginație și apoi în conduita reală. S. Covey sugerează concentrarea asupra rezultatului, asupra etapei finale, care trebuie avut tot timpul în minte ca un element de perspectivă, ce permite ridicarea deasupra micilor nefericiri cotidiene sau a greutăților inerente.Trecerea către o nouă perspectivă mintală este o operație laborioasă care solicită răbdare, perseverență și toleranță din partea terapeutului. Dacă rezolvarea unei situații este o acțiune meritorie, sarcina oricărui terapeut este să depășească prezentul relativ îngust și să instruiască clientul în domeniul abilităților de autoajutor, prin învățarea tehnicii de rezolvare a problemelor (problem-solving) care presupune introducerea unei gândiri ordonate pe etape, pas cu pas, înaintarea metodică către confruntarea cu succes.

11.5.6. Către o gândire mai eficientă. Prin definirea tehnicii de rezolvare a problemelor [T. D'Zurillo și M. Goldfried 1971] s-a creat un mijloc eficient de gândire și acțiune, care reduce mult din numărul și amploarea eșecurilor. Ea a fost deja expusă în capitolul dedicat managementului problemelor personale, care servește drept ghid specialistului, în timp ce o versiune ușor diferită va fi oferită clientului, pentru uz personal în viața de toate zilele. Ea cuprinde 6 pași esențiali: 1. Confruntarea cu problemele; 2. Informarea; 3. Definirea problemelor; 4. Decizia; 5. Acțiunea; 6. Evaluarea.

1. **Confruntarea cu o problemă** presupune acceptarea existenței sale. Clienții ar trebui să ajungă la concluzia că problemele apar în mod inerent de-a lungul existenței. Important este să fie rezolvate pe măsură ce se ivesc, nu să fie lăsate să se agraveze. Un pas important după luarea la cunoștință este însușirea problemei. Aceasta este singura alternativă firească față de negare sau externalizare, plasarea vinei asupra altora, după modelul reactiv. Acceptarea existenței unei probleme presupune și rezervarea de timp și energie în vederea rezolvării ei.

2. **Informarea** reprezintă o muncă intermediară, care asigură baza unei rezolvări corecte. După Nelson-Jones [1990], se efectuează două feluri de informări: cea internă, a subiectului asupra lui însuși. Ascultând glasul "inimii", subiectul descoperă care îi sunt sentimentele cele mai profunde, se observă cum gândește și conceptualizează problema, își definește eventuale deficite de abilități, își stabilește scopurile în situația respectivă. Este o muncă ce presupune multă onestitate față de sine, astfel încât subiectul să nu se iluzioneze cu opinii necorespunzătoare persoanei sale și să accepte unele aspecte, adesea neconforme cu ideile sale anterioare despre sine. Informarea **externă** presupune o muncă de culegere de date de la alte persoane, despre ceea ce gândesc ei despre o problemă și rezolvarea ei, cum pot să contribuie și în ce măsură pot să sprijine această rezolvare.

3. **Definirea problemelor** presupune ceva mai mult decât denumirea lor și identificarea cauzelor externe. Ea implică stabilirea contribuției pe care o are clientul însuși în menținerea lor, a deficitelor de abilitați, a elementelor ce țin de client și pot fi influențate prin schimbarea comportamentului său. Definirea problemei trebuie să plaseze clientul în centrul atenției, să ofere acestuia o imagine asupra capacităților și defectelor care sunt în interiorul persoanei sale.

4. **Decizia** (sau ce este de făcut). Dacă în stadiul precedent s-au identificat deficitele de abilități, în această etapă deficitele devin obiective de corectat ale programului de intervenție. Se caută alternative de acțiune și se hotărește ce este de făcut (generarea de alternative a fost deja discutată anterior). În practică rămân foarte puține alternative în jurul cărora se va adopta decizia. Aceasta presupune o examinare a scenariilor propuse și alegerea aceluia care are șansele cele mai mari de reușită. În acest demers ar trebui să se țină seama nu numai de rațiune ci și de ceea ce convine subiectiv clientului, de sentimentele sale. Acesta este momentul definirii strategiilor, a orientărilor în rezolvarea problemei.

5. **Acțiunea** va fi definită în termeni cât mai precișI, pentru a deveni coerentă și a fi măsurabilă. Această etapa presupune definirea acțiunilor, planificare și mișcarea decisă de punere a lor în aplicare. Este un moment în care își dau roadele eforturile bine închegate din stadiile anterioare, întrucât subiectul acționează motivat și direcționat, corect. El a adoptat o atitudine proactivă și își plasează acțiunile sale în slujba rezolvării problemelor.

6. **Evaluarea.** Este o procedură firească în lumea occidentală, dar neobișnuită în România, unde lipsește rigurozitatea și continuitatea, predominând caracterul impulsiv și adesea sincopat al acțiunilor, întrerupte de perioade mari de stagnare și de iluzii, pozitive sau negative, dominate de gândirea visătoare *(wishful thinking)*. Această tehnologie a autoexaminării se învață foarte încet, adesea în ani de zile. Când este posibil, subiecții pot beneficia de ajutorul grupului, mai ales dacă există asemenea asociații, cum ar fi: A.A., Alcoolicii Anonimi, cele ale bolnavilor sau ale unor grupuri bine delimitate: tineret, femei etc. Pentru a deveni eficienți prin controlul asupra gândurilor și emoțiilor lor, clienții au nevoie de ajutor profesional, cel puțin în faza în care învață să se schimbe.

CAPITOLUL XII

METODE ADIACENTE DE INTERVENȚIE

Rolul profesionistului în sfătuire, ca și în alte tehnici psihoterapice, este de a contribui la schimbarea psihicului clientului prin mijloace specifice. Schimbarea se efectuează prin intermediul procesului de influențare, ca variabilă intermediară ce acționează asupra atitudinii clientului. În spațiul influențării își găsesc locul metode tipice pentru orientarea directivă ca: sugestia, persuasiunea, dar și altele, mai recente, ca relația preferențială.

12.1. CONCEPTUL DE ATITUDINE

Problema schimbării atitudinii transpare în procesul de consiliere în addicții (consumul excesiv de substanțe, alcool, droguri), în situațiile conflictuale profesionale, familiale, în agresivitate, în sfătuirea părinților, în eșecurile adaptative, în medicină (pentru asigurarea colaborării cu bolnavul și obținerea aderenței la tratament), în educația sanitară (în vederea reducerii riscului de îmbolnăvire de bolile venerice, de SIDA), în reclama comercială, în marketing, în politică.

După G. Allport [1955], conceptul de atitudine reprezintă o stare de pregătire mentală și nervoasă organizată prin experiență, care exercită o influență directivă sau de influențare asupra răspunsului individual către toate obiectele și situațiile asemănătoare. După P. Secord și C. Backman [1964], atitudinea are trei componente: cognitivă, afectivă și comportamentală.

Componenta cognitivă este partea rațională a unei atitudini și definește direcția, obiectul sau situația către care este orientată [W. Oliver 1993]. Obiectul poate fi o persoană, o substanță și obiceiul de a îl utiliza. Componenta cognitivă constă în cunoștințele despre ceva, care pot fi incomplete, inexacte etc. Cunoștințele pot rezulta din experiență, din contactul direct cu obiectul respectiv, din urmărirea conduitei altei persoane, din preluarea nedescriminatorie a convingerilor altora, ale familiei, grupului, culturii, sau printr-un proces de învățare [A. Bandura 1973]. Cunoștințele impregnate cultural se referă, de multe ori, la păreri preconcepute, așa-numitele prejudecăți. Nucleul cognitiv al atitudinii este reprezentat de convingeri sau idei [T. Mc David și H. Hariri 1974]. În acest spațiu își găsesc locul metodele raționale ca: informarea, persuasiunea, învățarea.

Componenta **afectivă** a unei atitudini se referă la sentimentele și trăirile pe care le generează contactul cu obiectul, sentimente care pot fi plăcute, dar mai ales neplăcute, ca: anxietate, frică, mânie, depresie. Acestea se pot implanta adânc în persoana respectivă. Multe din explicațiile asupra originii lor sunt mai curând

justificative, marcate de mecanismul raționalizării. Componentele afective sunt cel mai dificil de influențat. Pentru modificarea lor au fost utilizate numeroase metode, între care: sugestia, relația preferențială, metodele de decondiționare, manipularea etc.

Componenta **comportamentală** sau conativă se referă la tendința cuiva de a se comporta într-un anumit fel față de obiectul, persoana, situația respectivă. Dacă există trăiri pozitive, se conturează o tendință către apropiere din ce în ce mai mare și invers dacă sentimentele sunt negative, predomină tendința către îndepărtare sau evitare. Nucleul afectiv devine un puternic factor motivațional.

Deși persistă multe îndoieli asupra relațiilor dintre cele 3 componente, se consideră că există un grad de consistență între acestea [R. Abelson și colab. 1968]. De aceea, se crede că, influențând o verigă, se vor produce modificări în lanț. Punctele favorite de impact ale procesului de influențare au fost cele afective și cognitive. Astfel, s-a crezut că schimbarea sensului trăirii legate de un obiect antrenează modificarea celorlalte componente. Restructurarea cognitivă ar avea, la rândul ei, același efect. În ultimele decenii, s-a demonstrat însă că și abordarea cu succes a componentei comportamentale, a verigii efectoare, prin metode de învățare și experiențiere, poate să se răsfrângă oarecum înapoi, schimbând sensul trăirilor și convingerilor [D. Myers 1988], ceea ce a lărgit substanțial repertoriul mijloacelor terapeutice.

12.2. PROCESUL DE INFLUENȚARE

Cuvântul latin **influentia** denumea acțiunea prin care un fluid astral se scurgea, acționând asupra destinului oamenilor. El se regăsește în multiple sinonime ca efect, presiune, putere, ascendent, sprijin. A influența înseamnă a acționa asupra altuia, cu asentimentul celui în cauză, printr-un element de constrângere asupra libertății și voinței sale. Există un raport ambiguu între a influența și persuasiune, adică a convinge. Influența vizează consimțământul automat al celui influențat "a aduce oamenii în situația să zică «da» fără a reflecta" [R. Cialdini 1984], prin intermediul mecanismului de a face plăcere sau a produce frică, pe o axă ce vizează inconștientul [L. Bellenger 1997]. Influența nu lipsește din spațiul persuasiunii pe care, câteodată, o dublează.

Mergând în calea dorințelor ca și a anxietății latente, procesele de influență pun sub tensiune individul profund și acționează, mai curând, prin contagiune și rezonanță. Influența acționează în interiorul omului prin intermediul lumii relaționale în care trăiește el împreună cu semenii săi [F.Roustang 1990]. De aceea, în cadrul influenței, palierul cel mai important rămâne dimensiunea interacțiunii sociale. În nucleul relaționalului este satisfăcută nevoia de a iubi și de a fi iubit,

dorința de glorie, frica de pierderea stimei de sine [T. Todorov 1995]. Aceste nevoi creează sugestibilitatea, permeabilitatea față de influențe.

Influența singură poate declanșa efectuarea unor acțiuni punctuale; "ea te face să faci" [R.Cialdini 1984], dar nu poate exercita efecte durabile. Se poate spune că orice poate influența: o persoană, o circumstanță, un grup, un sistem, un cuvânt, o atitudine, un discurs. Se mai adaugă o mulțime de alte variabile invizibile ale persoanei cum ar fi: prestigiul personal sau profesional, vârsta, sexul, farmecul personal (vezi înfățișarea, "look"-ul atât de cultivat la americani, mai ales în politică și în afaceri). În practica psihoterapică, împreună cu unele ingrediente, asemenea variabile pot conduce la o oarecare seducție a clientului.

Influența are un caracter multiform. Printre metodele recunoscute de influențare se enumeră: condiționarea (vezi terapia comportamentală), manipularea, o variantă a așa-numitei inginerii sociale, seducția, sugestia și persuasiunea. Influența se strecoară în cele mai diferite metode terapeutice, uneori prin componentele sale invizibile.

12.3. SUGESTIA

Este o metodă terapeutică practicată ca formă de influențare și tratament încă din epoca primitivă. Ea a fost recunoscută și conceptualizată de F. A. Messmer [1734-1815] sub forma magnetismului animal (vezi capitolul Istoric). Sugestia a fost definită ca atare de către H. Bernheim [1881]. Descrierea fenomenelor de rezonanță psihică și afectivă [B.Stokvis, M.Pflanz 1961] a permis o înțelegerea mai bună a fenomenelor de sugestie, adică a ceea ce se întâmplă între două sau mai multe persoane între care există o relație de schimb afectiv, de influențare reciprocă. Relația se produce pe verticală, de la o persoană aflată în poziție de forță - suggestorul, terapeutul - către una plasată într-o poziție mai slabă asupra căruia se exercită această influență - clientul, pacientul.

Pornind de la termenul latin **subgerere**, adică a strecura ceva pe sub ușă, sugestia se definește ca fiind influențarea gândurilor, sentimentelor, voinței, acțiunilor altei persoane, pe baza unei căi de încredere, cu evitarea utilizării părții raționale a psihicului. Mecanismul principal este rezonanța afectivă. Când influența este exercitată asupra propriei persoane, se poate vorbi și de autosugestie. Sugestia poate fi **pozitivă**, când are un caracter optimist și **negativă**, dacă influența este neliniștitoare. Ea se poate clasifica și în raport cu existența premeditării în: intenționată, prevăzută și neintenționată sau neprevăzută. Tot legat de intenția de premeditare, sugestia poate fi directă sau indirectă.

Sugestia neintenționată acționează mai puternic decât cea intenționată. Ea lasă impresia subiectului că inițiativa a venit de la el însuși, că el este acela care

stăpânește împrejurările. Emoția spontană a cuiva impresionează mai mult decât dacă s-ar ști că el se comportă astfel pentru a impresiona, printr-o emoție de circumstanță.

Sugestia involuntară se strecoară în numeroase situații din viața de toate zilele. După tonul folosit, o întrebare banală poate fi nevinovată sau poate minimaliza acțiunea cuiva. Ea se infiltrează și în gesturile profesionale. Când terapeutul dă mâna cu clientul, zâmbește, îi spune pe nume, face o glumă sau povestește ceva din viața sa privată, altfel zis personalizează relația terapeutică, se creează un efect pozitiv, clientul va spune: "Câtă atenție acordă pacienților! Mă simt bine în prezența lui". Din contră, o atitudine rece, distantă, strict "savantă", e lipsită de factori sugestivi.

Sugestia terapeutică este un proces ce se construiește într-o perioadă de timp și parcurge următoarele etape: stadiul preliminar sau labil [B. Stokvis 1965, D. Langen 1973], cel al acceptării (acceptionis), cel de sugestie propriu-zis (suggestionis) și, în fine, cel de însușire a materialului sugerat (effectionis).

Stadiul preliminar începe încă din momentul alegerii sfătuitorului. Persoana care este investită în această funcție are apriori un ascendent care, în trecut, era mult mai puternic, prin aureola de mister ce înconjura medicul/psihologul, exprimată mai ales în poziția de forță a vechilor maeștri. La factorii de influențare inițiali, deja menționați, se pot adăuga titlurile academice, ambianța cabinetului, gradul de bunăstare al profesionistului, stilul de a se prezenta, de a vorbi etc.

Interviul inițial are și el o contribuție importantă. Astfel, datele culese pot să îndeplinească total sau parțial așteptările clientului, mai ales în cazul celor care au trecut pe la mai mulți specialiști și se așteaptă la respectarea "regulilor jocului". Clientul poate fi dezamăgit de ceea ce se întâmplă, depistând plictiseală sau lipsă de atenție, aroganță. Chiar dacă, ulterior, lucrurile evoluează bine, asemenea scăpări pot deveni obstacole reale, resimțite cu atât mai dureros cu cât persoanele predispuse la influențare aveau imagini, reprezentări pozitive asupra viitorului terapeut.

Trebuie spus că, în procesul întâlnirii terapeut-client se constituie un set de comportamente reciproce, codificate, și un stil de comunicare între părți. Conținutul acestui set este determinat de statutul fiecăruia, de drepturi, datorii, care reprezintă aspectul etic, și de procedeele tehnice, cuprinzând modelele proprii de directivitate, neutralitate, activitate, elemente ce constituie regulile "jocului psihoterapic" [E. Gillieron 1997].

De obicei, în faza preliminară sau labilă, de început, întâlnirea se desfășoară într-un fel de tatonare, se stabilește un raport de forțe. Clienții încep să se lase conduși de către profesioniști în direcția pentru care aceștia sunt investiți, dar pot apărea și fenomene neprevăzute, denumite îndeobște rezistențe, sau chiar o confruntare.

Unii clienţi sau aparţinători aspiră să îşi impună neapărat voinţa şi să întoarcă sensul influenţării; să îl influenţeze şi să îl conducă ei pe terapeut. În asemenea cazuri, se conturează fenomenul de contrasugestie, în care influenţa medicului sau a terapeutului este contestată, fiind încălcate statutul sau regulile jocului, inclusiv aranjamentele practice. Aceste manevre reprezintă, mai curând, apărări faţă de interviul evaluativ, perceput ca o intruziune în intimitate, ca ceva înfricoşător şi imprevizibil, ca un amestec în treburile personale.

Odată ce au fost percepute fenomenele de competiţie, datoria profesionistului este să se protejeze, să nu încerce să intre prea adânc în detalii, să evite exprimarea de opinii ferme, elemente care pot stimula rezistenţele.

Persoanele cu tendinţe contrasugestive vin, de obicei, cu o aureolă proprie de putere, cu oarecare experienţă rezultată din peregrinajul pe la mai mulţi specialişti sau, pur şi simplu, ele au o neîncredere funciară în ţinuta sau opinia altuia, fie el şi terapeut.

Caz clinic

La consultaţie a venit o bunică împreună cu nepotul său, care prezenta unele manifestări minore de opoziţie. Încă de la început, înainte de a vorbi despre copil, ea s-a prezentat astfel: "Eu am fost directoare peste 18 fabrici şi toată lumea mă respecta. Cuvântul meu era lege". În descifrarea metalimbajului, aceasta suna astfel: "Judecata mea este corectă şi nu poate pusă la îndoială". Pe parcursul celor 5 şedinţe care au urmat, bunica urmărea îndeaproape discuţiile cu copilul şi răspundea adesea în locul lui, întrepretându-i reacţiile. Medicului i s-a rezervat rolul de sperietoare, folosită pentru a-l readuce pe copil sub ascultare. A fost imposibil să fie abordate următoarele teme: problemele educative, stilul educaţional supraprotector şi restrictiv, manevrele de manipulare, de altfel reuşite, adresate fiului şi norei sale, mereu învinovăţiţi, pentru a putea fi ţinuţi departe de copil.

În acest caz, s-a conturat o adevărată luptă pentru putere între bunică şi alte persoane care puteau influenţa copilul, inclusiv medicul. Într-un alt caz, domina suspiciunea şi o minimalizare provocatoare a rolului terapeutului.

Caz clinic

Un domn între două vârste intră în cabinetul de consultaţie, se aşează cu dezinvoltură şi, de la început, întreabă arogant dacă el poate să aibă încredere în terapeut şi dacă acesta poate să respecte secretul profesional. El afirmă că are cunoştinţă de situaţii în care acesta nu a fost respectat. Pentru el este foarte important ca terapeutul să jure că nu va divulga nimic din ceea ce va afla, pentru că altfel el nu va face nici o confidenţă.

În faţa acestei atitudini, terapeutul a trăit sentimente contradictorii. Reacţia instinctivă exprima următoarele: "Dacă aveţi aşa puţină încredere în mine, de ce aţi mai venit? Doriţi să consultaţi pe altcineva?". Acest răspuns/întrebare se adresa conţinutului manifest, aparent al mesajului. Dar s-a ivit şi o altă posibilitate. Aceea de a nu răspunde imediat, ci a se întreba pe sine ce anume a trezit suspiciunea şi îndoiala clientului, pentru ce a pus o asemenea întrebare, de ce este arogant? Prin a doua atitudine s-a încercat înţelegerea motivaţiilor clientului, s-a renunţat la "dreptul la replică" specific, mai curând, atitudinii primare, a omului de pe stradă, s-a încercat înţelegerea motivaţiilor clientului şi, prin respectul faţă de trăirile clientului, oricare ar fi ele, a fost deschisă calea către procesul terapeutic.

De principiu, profesionistul trebuie să identifice tendinţele neaşteptate apărute în stadiul preliminar, care se pot solda cu o răsturnare a raporturilor normale de puter, cu deturnarea atenţiei spre aspecte secundare, şi să adopte măsuri de contracarare. Sesizând nevoile de putere ale clientului, terapeutul se poate retrage pentru un timp într-o atitudine de aşteptare, de rezervă, de aparentă slăbiciune neprovocatoare, aşa-numita poziţie slabă. Aceasta este menită să erodeze sau să dizolve rezistenţele prin suplete, încrederea câştigându-se apoi treptat, pe măsură ce clientul se va simţi înţeles. Influenţa se construieşte pe îndelete, fără grabă, lăsând clientul să vină către noi. Ultrapolitetea şi servilismul creează impresia că terapeutul are nevoie de client, astfel că raporturile firesti pot fi slăbite.

Este evident că poziţia ideală a celui care doreşte să exercite influenţe sugestive este cea clasică, puternică, de părinte, de expert dar, pe de altă parte, şi discreţia, neutralitatea binevoitoare, răbdarea şi chiar fragilitatea pot aduce beneficii neaşteptate în spaţiul influenţării.

Ca o premiză favorabilă se constituie însăşi dorinţa clienţilor, aflaţi într-o continuă căutare, de a se lăsa influenţaţi prin intermediul legăturilor cu o persoană competentă, puternică, dispusă să se intereseze cu adevărat de soarta lor. Aceasta este categoria celor profund îngrijoraţi, nesiguri de sine, anxioşi, care simt nevoia să fie influenţaţi. Ei sunt pregătiţi să creadă, să fie sugestionaţi, având aşteptări în acest sens [I. Dafinoiu, 1996]. Opuşi lor sunt cei care au un corp de convingeri şi atitudini apropiate de nucleul Eului, paranoizii, narcisicii, adesea toxicomanii aflaţi sub atracţia drogului.

Obiectivul acestui stadiu preliminar este să ducă la clarificarea raporturilor de forţă şi la împărţirea rolurilor, la sfârşitul său rezultând o diadă dispusă să intre în procesul de influenţare.

În al doilea stadiu, denumit **acceptionis - de acceptare reciprocă** - se recunoaşte poziţia fiecăruia în rol şi contrarol, se creează conştiinţa microgrupului terapeutic, acel "noi" şi se consolidează încrederea fundamentală. Aceasta din

urmă este baza comunicării primare, premiza transferului terapeutic, iar în viața obișnuită, a prieteniei și a dragostei.

În eforturile de a realiza o relație terapeutică corectă, chiar dacă ea cuprinde valențe sugestive, este necesară o atitudine echilibrată, având ca punct de sprijin onestitatea exprimată prin respectul față de client și față de opiniile sale, dar și drămuirea promisiunilor de câștig terapeutic. Dacă după un timp de tratament pacientul începe să afirme "Eu am încredere în Dvs!", înseamnă că încrederea lui se clatină. În asemenea cazuri ar trebui gândită o schimbare în terapie sau să se solicite un consult altui specialist, adică împărțirea puterii cu altul.

Stadiul propriu-zis de **sugestie - suggestionis -**, este cel în care clientul este stimulat să adopte ceva fără să se împotrivească. Este un fenomen de transfer terapeutic efectuat prin preluarea necritică de către client a celor sugerate de către terapeut, adică în condiții de credință și de consimțământ, în conformitate cu perceptele biblice "crede și nu cerceta". Este stadiul în care persoana cea mai activă este terapeutul sau suggestorul, care impune un conținut, o atitudine etc.

Conform dictonului valabil în sugestie "să nu faci prea mult," nu este bine să se afirme tot ceea ce intenționează a se impune clientului, ci numai o parte. Restul "se sugerează" adică se creează un spațiu de reflectare pe care clientul îl va umple apoi cu prelucrările și reflecțiile sale. Este ca și cum ai arunca sămânța și ea va crește pe mai departe pe solul deja pregătit. Economia în formulări semnifică totodată și respectul față de capacitatea de a gândi a clientului.

Există o serie de reguli de construire a **sfatului cu forță sugestivă,** utilizată atât în medicină cât și în pedagogie, reguli care se vor expune în continuare.

- Este nevoie să fie create reprezentări pozitive, mobilizatoare, exemple de succes. În acest sens, modelul reclamei comerciale este edificator. Sunt prezentate efectele miraculoase ale produsului asupra unor oameni tineri, sănătoși și frumoși, în secvențe care se doresc spirituale. Mesajul pozitiv își arată efectele în timp, prin asimilarea sa de către viitorii clienți.

Similar, într-un regim alimentar se va începe cu cele permise sau chiar recomandate, se va discuta modul lor de preparare cel mai convenabil. Alimentele interzise sau puțin recomandate vor fi plasate mai la urmă, mai discret.

Este de remarcat că sugestiile negative și interdicțiile se elaborează mai ușor. Ele corespund cu dorința punitivă a inconștientului terapeutului sau cu fricile sale inconștiente. Clientul, deși a venit pentru "prescrierea simptomului" și eliminarea acestuia, rămâne, în mod paradoxal, sensibil la tonul cu care sunt prezentate asemenea sfaturi, la trăirea terapeutului, eventual la satisfacția periculoasă pe care o are acesta în momentul în care enunță interdicțiile. Mulți clienți consideră interdicțiile ca un atac adus autonomiei și convingerilor lor, mai ales dacă se referă la consumul de alcool, de droguri, la regimul alimentar etc.

- Comunicarea trebuie să fie făcută energic, astfel încât subiectul să se simtă securizat. De exemplu: "Se va păstra intervalul de 6 ore" în loc de "Se va evita depășirea intervalului de 6 ore". De asemenea, se recomandă formulările de tipul: "Va lua...", trecându-se în plan secund la ceea ce se va renunța. Pe prin plan vor trece acțiunile pozitive, imediate, energice.

- Propozițiile exprimate vor fi scurte, orientative, conducătoare, ceea ce crește impactul asupra clientului. Vocea calmă va reflecta siguranța interioară a profesionistului care trebuie să transmită pe cale vocală mesajul că stăpânește situația și că totul va fi bine, în ordine.

- Se va proceda la repetări cu scurte variații, acestea acționând ca niște imprimante asupra memoriei clientului.

- Conținutul trebuie să exprime noțiuni simple, formulate într-un limbaj obișnuit, uzual, cu cât mai puțini termeni medicali-profesionali. Aceștia prezintă un mare potențial anxiogen, creând un spațiu psihologic de neclaritate și ambiguitate care poate mări sau reduce eficacitatea sugestiei.

- Este de notat că prea multe repetări ale unui sfat creează posibilitatea anulării, prin neîncrederea ce răzbate, paradoxal, din eforturile suggestorului, putându-se produce efectul invers, de îngustare-anulare-răsturnare [D. Langen 1973].

Sugestiile indirecte pot fi utilizate pe deplin când doi profesioniști se întâlnesc (medic șef/medic specialist, medic/asistentă, medic/psiholog) și comunică între ei în prezenta bolnavului sau a altora care îi pot transmite, unele aspecte ale bolii sau a liniei terapeutice pe care ar dori ca acesta să le cunoască și, eventual, să le urmeze. Pentru că nu sunt adresate direct persoanei țintă, discuțiile respective au un puternic efect sugestiv.

Pentru a influența poziția internă a clientului sunt utile sugestiile pozitive sau negative, directe, nemijlocite, transmise prin intermediul consolării, mângâierii, liniștirii, încurajării, ignorării, surprinderii, bagatelizării. Toate aceste metode nu implică modificarea conștiinței subiectului.

Printre metodele sugestive renumite, recomandate și astăzi, se plasează și aceea a lui Emile Coue [1887-1927], farmacist francez. Denumită autosugestie, metoda cuprinde exerciții simple, în cursul cărora subiectul repetă de mai multe ori pe zi, dimineața și seara, cu voce tare, într-un ritm monoton, fără efort, ca o litanie, unele propoziții de încurajare menite să introducă gândirea pozitivă și să întărească Eul.

De exemplu: "Mă simt bine și mâine mă voi simți și mai bine. Din ce în ce mai bine". O altă variantă utilizată este: "În toate zilele și din toate punctele de vedere mă simt din ce în ce mai bine". Unii bolnavi își aplică singuri asemenea formule de sprijin când comunică la telefon starea lor medicului curant. Ei încep cu formula: "Mă simt bine, nu pot să mă plâng...", după care urmează un cortegiu

de plângeri diverse. O serie de bolnavi beneficiază realmente de sprijin psihologic prin formule de încurajare, aparent banale, ca cele de mai sus. Pentru unii depresivi, descurajaţi, formula sugestivă: "Astăzi arătaţi mai bine, mult mai bine" este de mare valoare.

Coue a construit şi o formulă de sprijin pentru cei care se angajează într-o activitate menită să înlăture obstacolele interne sau motivaţia ambiguă, după modelul gândirii pozitive.

Astfel: *"Dacă doriţi să faceţi ceva, este de datoria Dumneavoastră să îl faceţi, gândiţi-vă că acest lucru este uşor, că anumite cuvinte ca: dificil, imposibil, eu nu pot, eu nu pot să mă angajez în asta etc. nu există în vocabularul Dvs. Ele nu sunt franceze. Ceea ce este francez suna astfel: asta (sarcina propusă) este uşoară şi eu pot să o fac. Considerând că un lucru este uşor de făcut, el devine într-adevăr uşor pentru Dumneavoastră chiar dacă apare dificil pentru alţii. Dumneavoastră îl veţi face repede şi îl veţi face bine, îl veţi face fără oboseală pentru că nu aţi depus efort"* [Coue 1924].

Efectul vindecător era potenţat prin stilul de acţiune al lui Coue care efectua intervenţii de "tratament" în grup, în săli mari, pline cu solicitanţi. Considerabila sa forţă sugestivă era crescută şi prin caldele mulţumiri aduse în public, la începutul fiecărei şedinţe, de către cei trataţi anterior şi care se simţeau mai bine.

Modelul unui asemenea mesaj încurajator a fost confirmat prin studii recente asupra particularităţilor persoanelor care muncesc din greu, dar nu suferă de stress. Ei sunt foarte bine motivaţi, cred în capacitatea lor de realizare, nu au blocaje interioare, îndoieli, nemulţumiri, se simt răsplătiţi de ceea ce fac [Powell, Enright 1990]. Credinţa în forţa Eului propriu este necesară pentru formarea voinţei la adolescenţii în perioada de formare, pentru îmbunătăţirea performanţei la persoanele nehotărâte, la cei aflaţi în criză existenţială.

Gândirea pozitivă a fost preluată de către terapia cognitivă, a cărei paradigmă esenţială o constituie înlocuirea perceptelor negative, infiltrate în convingerile şi cogniţiile bolnavilor, cu cele pozitive.

Indicaţiile aplicării sugestiei sunt extrem de largi. Aproape fiecare gest medical are componente de influenţare în manieră sugestivă, cele mai puternice fiind cele indirecte. Aplicarea lor depinde de structura de personalitate a profesionistului, de stilul său de interacţiune cu bolnavii şi aparţinătorii, de capacitatea lor de a emite conţinuturi emoţionale pozitive, de suport la nivel infraverbal. Este nevoie de o anumită forţă de decizie, de siguranţă, de echilibru interior care iradiaza către client. Pentru terapeutul nesigur pe sine, ambiguu, care amână deciziile la nesfârşit, foloseşte un limbaj ermetic, de aparare, este greu să utilizeze factorii sugestivi curativi. Se poate vorbi de un stil sugestiv caracteristic celor care lucrează prin metode ezoterice, vindecători, indiferent de orientare, şi care poate avea valenţe importante de influenţare.

În marea majoritate, componentele sugestive ale influenţării altora se construiesc încet, pe măsură ce se edifică personalitatea "profesională" a fiecarui specialist, bazată pe succesele, prestigiul şi încrederea pe care o dau cunoştinţele, experienţa. Ele creează şi capacitatea de previziune, de anticipare corectă, atât de valoroasă. De obicei, ingredientele sugestive se strecoară neobservate în acţiunile terapeutice.

În final, se ajunge în stadiul **effectionis**, în care, în interiorul celui sugestionat se produce asimilarea influenţelor primite. În această fază, pe prim plan trece cel sugestionat, care îşi însuşeşte conţinuturile, dar nu în mod automat, ci cu momente de dus/întors dinauntru către înafară, către percepţie. De aceea, poate fi nevoie de reîntărirea mesajului prin repetarea lui de către suggestor. Motorul acestei faze este relaţia umană de schimb emoţional, rezonanţa afectivă, în care suggestorul se menţine ca o persoană de încredere.

Cu toate acestea, nu poate fi ignorată importanţa pregătirii celui sugestionat care, prin starea sa emoţională, poate să vibreze foarte puternic la mesajul sugestiv până la un stadiu de autohipnoză sau de asimilare durabilă a conţinutului transmis.

Caz clinic

Un tânăr de 18 ani s-a prezentat la consultaţie într-o stare de panică, de mare anxietate. Simţea că mâna dreaptă i s-a dilatat, degetul mare creşte în dimensiuni şi fenomenul nu mai poate fi controlat. În urmă cu 24 de ore, fiind singur în casă, ascultase o emisiune la radio, în cadrul căreia un iluzionist a propus ascultătorilor un exerciţiu prin care să se uite fix câteva minute la degetul mare de la mâna dreaptă şi vor simţi cum acesta creşte. Tânărul a procedat întocmai şi a văzut cu surprindere cum se produce "minunea", fapt care l-a înspăimântat, mai ales când a descoperit că nu mai poate să îl readucă la comandă la dimensiunile normale. S-a simţit ameţit, tulburat, a avut insomnie. A doua zi au reapărut fenomenele, de data aceasta fără vreo comandă dinafară, fapt care l-a determinat să se prezinte la consultaţie.

Într-un alt caz, pregătirea pentru influenţare a fost mult mai îndelungată şi, probabil, mai profundă.

Caz clinic

O studentă de 21 de ani vine pentru frica de a nu fi posedată de diavol. Are numeroase senzaţii neplăcute, suspecte în corp, îi este frică de întuneric, nu mai poate să stea singură, la lăsarea serii parcă vede umbre, dar nu este sigură. Este într-o stare de frică pe care nu o mai poate controla şi care durează de câteva luni iar medicamentele nu au putut să o ajute. Starea s-a declanşat imediat după participarea la o şedinţă publică de exorcizare a unei fetite "posedate", petrecută la

o mânăstire, unde venise din curiozitate împreună cu un grup de colege. Şedinţa a fost dramatică, încărcată de ţipetele posedatei, de slujbă şi, la un moment dat, studenta s-a apropiat foarte mult de cea care se zvârcolea, moment în care prietena ei i-a spus cu groază "te a atins!". Deşi nu a simţit nimic în acel moment, au apărut ameţeli, stare de rău general şi a revenit acasă foarte înspăimântată. Simptomatologia s-a dezvoltat foarte rapid.

Încă din copilărie fusese atrasă de filme de groază, citea mereu despre fenomenele paranormale, căuta diferite explicaţii pentru diferite întâmplări ciudate, era credincioasă şi, deşi avea îndoieli asupra veridicităţii fenomenului de posesiune, mai degraba era convinsă că el există. De altfel, vizita la mânăstire era expresia acestei curiozitati anxioase, credule. Dorise să vadă "pe viu" cum se petrec lucrurile.

Autosugestia poate să acţioneze pozitiv prin aplicarea de către subiectul însuşi, din proprie iniţiativă, a unor procedee care, sprijinindu-se pe gândirea magică, pe principiul "totemului", impresionează prin diferite caracteristici, adesea simbolice (vezi efectul de "piramida", portul diferitelor "talismane", "urinoterapia" şi altele).

De-a lungul timpului, ca o expresie a nevoii de apărare a Eului faţă de presiunea implacabilă a destinului, s-au dezvoltat diferite proceduri, unele incluse în practicile religioase sau în doctrinele ezoterice, care includ exerciţii adesea ritualizate, probe de dificultate menite să fortifice subiectul, să-i valorizeze sacrificiile. Subiectul simte că obţine calităţi "superioare" necesare, îşi îmbunătăţeşte stima de sine, se simte întărit în lupta cu existenţa, capătă o viziune de "învingător".

Numărul cărţilor dedicate perfecţionării personale prin autointervenţie este astăzi în continuă creştere, fapt ce evidenţiază trăirile de insuficienţă din ce în ce mai mari ale persoanelor obişnuite în raport cu o lume dură, dinamică, depersonalizată şi alienantă.

Importanţa factorului sugestiv este recunoscută în terapeutică, chiar în chimioterapie, prin descrierea efectului **placebo**. El reprezintă binecunoscuta componentă psihică a acţiunii medicamentelor, reprezentată de marcă, modul de prezentare, ambalaj, ţara de proveniență, recunoaşterea prin intermediul reclamei, gustul, calea de administrare, prezentarea prealabilă a efectelor. De exemplu, injecţiile sau "perfuziile" sunt reputate ca mult mai eficace decât alte forme de administrare. De multe ori familiile toxicomanilor cu heroină solicită un tratament cu cât mai multe perfuzii care "lucrează" pentru dezintoxicare.

Valoarea efectului **placebo** poate atinge 30-40% din efectul terapeutic. De aceea, în experimentare, pentru a neutraliza acest efect s-au imaginat studiile dublu orb cu lot martor, în care atât subiecţii cât şi martorii primesc aparent aceleaşi substanţe ca gust, formă de prezentare, cantitate. Pentru a nu influenţa în vreun fel

desfăşurarea studiilor, nici clinicienii experimentatori nu cunosc tabletele adevărate şi bolnavii ţintă.

Un efect **placebo** negativ poate exprima fobia de medicamente, evidenţiabilă prin reţinerile în a accepta reţeta prescrisă, discuţiile insistente asupra posibilelor lor efecte negative, mai ales asupra riscului de "dependenţă", subliniat la prescrierea medicamentelor psihotrope. Unii bolnavi sugestibili ca şi familiile lor citesc prospectele medicamentelor, mai ales efectele secundare, cumpără agende medicale, cărţi de psihiatrie, pun numeroase întrebări directe sau voalate despre temerile lor medicilor curanţi dar şi altor persoane.

Caz clinic

Bolnava de 24 ani suferea de o tulburare obsesiv compulsivă severă rezistentă, care a dus la un grad de invaliditate prin agorafobie. Tema obsesiilor era sexuală, fiind reprezentată de compulsiuni agresive îndreptate împotriva barbaţilor Ieşea rar pe stradă şi numai însoţită de mama sa, lângă care se simţea apărată. La consultaţie s-a prezentat întotdeauna numai însoţită de mamă, câteodată şi de tată, un brav subofiţer. Fetiţa nu a fost lăsată niciodată singură cu medicul iar discuţiile despre simptomatologie se purtau împreună cu ceilalţi membri ai familiei. A primit o combinaţie de medicamente clasică pentru anii 1989-1990, alcătuită din anafranil, majeptil/orap, tioridazin, carbamazepină. Cu o oarecare dezamăgire s-a observat o ameliorare lentă, parţială şi s-a propus introducerea unui nou medicament, fluvoxetina (Prozac). După două săptămâni întreaga familie a revenit la consultaţie, foarte neliniştită şi încurcată, aducând vorba despre Prozac, despre care persoanele respective au auzit, pe culoarele policlinicii de unde l-au obţinut, că are efecte periculoase, pe care le-ar fi confirmat datele din prospectul pe care îl citiseră cu atenţie. De altfel, fiind scris în engleză, ei nu pricepuseră aproape nimic, dar percepuseră că este "ceva periculos".

În final, au solicitat să se revină la veche medicaţie, care era mai "sigură". Este clar că sugestiile negative intense au impresionat familia iar medicul a fost obligat să accepte sugestiile acesteia.

Efectul de sugestie negativă se poate manifesta încă de la prima tabletă ingerată prin severe manifestări anxioase, ceea ce, din punct de vedere chimioterapic, este imposibil de realizat.

12.4. PERSUASIUNEA

Este una din metodele utilizate pe larg în medicină şi pedagogie, cu scopul declarat de a schimba comportamentul cuiva, prin intermediul raţiunii, a argumentelor, a noilor informaţii oferite. Este un proces de interacţiune socială,

definit prin arta de a face pe cineva "să creadă, să decidă, să facă" prin intermediul convingerii (convingere = a confunda victorios).

Persuasiunea este îndreptată asupra judecății persoanei țintă la nivelul căreia se produc schimbări, o adevărată convertire (a converti = a întoarce) în direcția dorită de cel care întreprinde acțiunea. Este o operație forte de raliere, de a ajunge să fii de acord [Pascal], mai degrabă interesată, activă, responsabilă, argumentată, marcată de voința de a dovedi, de a demonstra. Persuasiunea implică un grad de angajare, de voință de a se impune asupra altuia, amestecată adesea cu seducție sau intimidare. Ea afectează rațiunea, afectivitatea, atingând și comportamentul. În acest proces, cel persuadat participă în felul său.

12.4.1. Tipologia persuasiunii. După L. Bellenger [1997], există o **persuasiune retorică,** ceea ce înseamnă a face să crezi, al cărui conținut este bine definit de parametrii retoricii clasice, descrisă încă de Aristotel în lucrarea "Despre retorică". De asemenea, există și **persuasiunea pragmatică,** care înseamnă a te face să faci, al cărui parametru principal este obținerea eficacității, indiferent de mijloacele folosite. Persuasiunea pragmatică cuprinde în arsenalul său influențe de tot felul ca: manipularea, înspăimântarea, promisiunea etc.

Caracteristicile persuasiunii retorice se leagă de următoarele trei variabile generale: 1) "cine spune" - emițătorul cu calitățile și defectele sale; 2) "ce spune" - conținutul cognitiv și emoțional al mesajului, de forma sa de prezentare (ethos, patos și logos) și 3) "cui se adresează" - adică particularitățile celui căruia îi este destinat.

12.4.2. Permeabilitatea față de persuasiune este legată de nevoile de testare a realității și de comparație socială, în raport cu care se realizează evaluarea propriei persoanei, se stabilesc standardele pe care trebuie să le atingă și care vor deveni apoi etaloane. Nevoia de testare a realității stimulează căutarea de informații din mediul extern și asimilarea de noi experiențe. Permeabilitatea față de persuasiune se leagă și de nevoile de apreciere, de aprobare socială, de afiliere, de apartenență, așa-numitul instinct gregar, dorința de a fi la fel cu ceilalți, "în rândul oamenilor", prin conformism social. Deschiderea față de ideile și argumentațiile altora crește dacă există o nesiguranță a persoanei în ceea ce privește calitatea informației pe care o deține.

Printre factorii care măresc sugestibilitatea - recunoscută ca o componentă a procesului de persuasiune din partea celui care trebuie convins - se enumeră: senzația de incompetență, de nesiguranță, ambiguitatea, nevoia de sprijin din afară, trăirile de izolare, de inadecvare, inhibițiile nevrotice. Devin mai sugestibili cei aflați sunt într-un grup mai mare de 3 membri, mai permeabili mai ales față de persoanele din interiorul grupului, cu convingeri ferme, cu oarecare ascendent

social. Sunt mai puțini influențabili cei cu suferințe nevrotice structurate cum ar fi hipocondricii.

Există o limită în acceptarea informațiilor din afară ca și în tendința de pliere față de presiunile venite din partea altora, adică în cedare, în închinarea față de alții, întrucât se ajunge la ciocnirea cu nevoia de unicitate și de originalitate a persoanei, care tinde să o mențină cât mai mai nealterată. "Există persoane care nu vor retracta opiniile lor, pentru că se iubesc pe ei înșiși mai mult decât iubesc adevărul" [J. Houbert sec XVIII]. De aceea, prin fenomenul de reactanță [J.Brem], presiunea exagerată, constrângerea pot să ducă la opusul rezultatului scontat, adică la refuzul controlului și al conformismului social. Cea mai grosolană formă de constrângere psihologică este persuasiunea coercitivă.

Schimbarea convingerilor persoanei se produce prin penetrarea anumitor puncte de vedere străine, neconforme cu cele anterioare, care declanșează un fenomen numit disonanța cognitivă [L. Festinger 1957] ce intră în contradicție cu nevoia de consistență internă cognitivă [R.Abelson și colab. 1968], adică de o anumită consonanță, coherență a convingerilor, a comportamentelor.

Odată apărută, disonanța cognitivă devine insuportabilă pe timp mai îndelungat. De aceea, în vederea recâștigării consonanței, se declanșează un proces de reajustare cognitivă, fie prin renunțarea la noile opinii, fie prin adoptarea lor și apariția unei noi atitudini.

12.4.3. Persuasiunea coercitivă se realizează în condițiile unor influențe unilaterale, susținute, realizate sub presiunea intensivă de schimbare, mai ales în cazul instituționalizării.

Persoana respectivă, aflată sub controlul total al surselor de informare, trăiește mai degrabă o conversiune totală și dramatică a convingerilor anterioare, decât o schimbare treptată a lor, ca urmare a conjugării influențelor exercitate prin contactul intensiv cu agenții de schimbare, cu promisiunea că situația actuală este temporară, de aceea ar fi posibilă întoarcerea la formele de existență anterioare. Această metodă a devenit celebră prin conceptul de "spălare a creierului" (brainwashing) în care a fost aplicat un model de manipulare denumit "amorsarea" [R. Cialdini 1984], un mic consimțământ care a antrenat apoi perseverarea în decizie, adică acceptarea altor influențe și, în final, a declanșat fenomenul angajamentului, adică aderarea nedescriminativă la noile concepții.

12.4.4. Mecanisme ale persuasiunii. Față de modelul persuasiv clasic, argumentativ, K. Lewin [1947] a propus o nouă formă de persuasiune prin **participare în grup mic,** activ, animat, în care elementele de asimilat sunt aduse la cunoștință discret, fără vreo intenție aparentă. Discuțiile ulterioare, marcate de **inițiativa** participanților, tind să fundamenteze prin argumentație proprie elementele de asimilat inițiale. Presiunea către schimbare este mai puțin vizibilă.

În acest context, un rol important îl are improvizația, o formă de inițiativă a participanților, în care ei înșiși emit opiniile, își imaginează singuri argumentele care s-ar potrivi, încep să le ignore pe cele contrare, efectuând o bună parte din procesul de autoconvingere. În cadrul improvizației se conturează un fenomen subtil de suprajustificare a noilor poziții. În cazul conflictelor, permeabilitatea participanților către schimbare devine mai intensă prin intermediul **jocului cu roluri**, în care aceștia, pe parcurs, își schimbă reciproc pozițiile și intră fiecare în atitudinile, argumentele și trăirile celuilalt [J. Frank 1970].

O interesantă problematică o reprezintă **dimensiunea răsplății** în cadrul procesului de persuasiune. În pofida convingerilor obișnuite, se consideră că răsplățile mici sunt mai eficiente decât cele mari, întrucât ele marchează importanța subiectului însuși în luarea deciziei. Acordarea de răsplăți mari sau o implicare prea evidentă a persoanei persuasive ce impune opinia sau conduita sa poate duce la apariția de distorsiuni în mecanismele de atribuire. C. Kiesler [1971], care prezintă exemplul unui tată care găsește dezordine în camera copilului, arată că se pot emite cel puțin 4 variante de răspuns pentru a-l convinge pe acesta să își facă ordine în lucrurile sale:

1) "Leo, mi-ar face plăcere dacă ai aranja camera. Acum aceasta e problema ta! Bineînțeles, tu faci cum vrei.";

2) "Leo mi-ar face plăcere dacă ai aranja camera. Altfel, e clar că nu vei mai merge duminică la aniversarea lui Antoniu.";

3) "Leo mi-ar face plăcere dacă ai aranja camera. Dacă o aranjezi vei primi o bomboană.";

4) "Leo mi-ar face plăcere dacă ai aranja camera. Dacă o aranjezi îți voi cumpăra un ceas.".

Conform teoriei angajamentului [B.Shaw 1976], se admite că succesul cel mai mare îl vor avea sugestiile 1 și 3, prin care lui Leo i se lasă liberă decizia iar părintele nu îi oferă mare lucru în termeni de răsplată sau pedeapsă. Dacă Leo va analiza motivul pentru care a aranjat camera nu va găsi nimic justificativ în discursul părintelui său și atunci și-l va construi în jurul persoanei sale. *Eu* am hotărât să-mi aranjez camera. Comportamentul persuasiv a fost de intensitate mică. El a trecut neobservat, dar nu fără efect.

În schimb, în variantele 2 și 4, în care implicarea tatălui este fermă, vizibilă, se produce un fenomen secundar de atribuire, prin care decizia va fi considerată a "tatălui". Ea a fost percepută ca venind din afara persoanei sale, ca o restrângere a libertății sale și are șanse să fie respinsă, datorită nevoilor de autonomie.

Angajamentul stabilește legătura pe care o face o persoană între sine și actele sale [B.Shaw 1976]. Cu cât subiectul trăiește un sentiment de libertate mai mare, cu atât crește probabilitatea angajării și invers, constrângerea evidentă, trăirea presiunii din afară, duce la reducerea implicării sau la refuzul deschis/mascat. Acest mecanism de blocaj devine evident în două sectoare cu mari aspirații persuasive: propaganda și educația [D. Zimbardo 1979]. Dacă acestea sunt prea stridente, ostentative, constrângătoare, brutale, pot declanșa fenomene de respingere.

Această teorie se confirmă adesea în educație, domeniu în care chiar dacă intențiile părinților sau educatorilor sunt bune, presiunea prea dură are adesea rezultate contrare și duce la reacții de opoziție, de independență, la fugi, demisie, revoltă deschisă, rebeliune și violență, așa cum se observă în practica pedagogică și psihiatrică.

1) Modelul **presiunii** presupune insistența, venită din partea celui care convinge, asezonată cu argumente pregătite și care, prin acumulare, exercită o anumită forță. Demersul persuasiv este vizibil. În orice formă de influență socială, inclusiv în acțiunea persuasivă, trebuie să se realizeze o presiune necesară, cognitivă și/sau emoțională, pentru a produce o mică schimbare a comportamentului.

2) O alternativă greu de construit este cea a **conversiunii** - răsturnarea convingerilor anterioare printr-un mecanism subtil. În acest caz, actul de persuasiune se vrea mascat, se vorbește despre experiența, informațiile și datele despre alții, se consultă statisticile internaționale, se găsesc argumente despre ceea ce s-a întâmplat rău altora. Mecanismul de autoconvingere se declanșează aparent spontan, fără insistențe din afară.

La argumentația persuasivă se pot adăuga adesea mecanismele **condiționării**, mult utilizate în terapia comportamentală, clasificate, în raport cu sensul, în: a) pozitive, aducătoare de recompensă și b) negative, evocatoare ale pedepsei.

Printre cele **pozitive** se enumeră: reciprocitatea, promisiunea, gratificarea personalizată, integrarea, asocierea și captura rațională, iar printre cele **negative**: intimidarea-amenințarea, culpabilizarea (adesea prin descalificare), luarea în derâdere, strecurarea îndoielii. Cele pozitive aparțin mai curând vieții de fiecare zi, relațiilor umane obișnuite, politicii etc., în timp ce condiționarea negativă intră adesea în discursul terapeutic, ca o componentă a contratransferului.

3) O altă cale a persuasiunii se realizează prin **expunerea directă a clientului** la o situație nedorită, în care are ocazia de a acționa altfel. Aceasta poate declanșa schimbarea prin intermediul **experienței**, care favorizează conștientizarea avantajelor noului comportament. Inițial, individul poate fi indus să se comporte altfel, dintr-o varietate de motive, cum ar fi: participarea la o dezbatere, din joc, la solicitarea școlii, a serviciului, a celor dragi, pentru evitarea pedepsei, a ridicolului, din conformism social etc.

Experiența proprie se poate constitui într-o argumentație mult mai puternică decât celelalte mijloace persuasive, aspect sesizat încă de Aristotel. Schimbarea durabilă presupune realinierea convingerilor prin mecanismul disonanței afective, adică aducerea lor în conformitate cu perceptele noului comportament.

Dacă presiunea exercitată pentru angajarea într-un asemenea experienţă a fost prea brutală sau dacă noul comportamentul a contrazis prea mult vechiul stil al persoanei, se poate produce respingerea experienţei, care rămâne astfel un fapt trecător, fără importanţă, deoarece, în această situaţie, a fost contrazis un alt principiu al persuasiunii, şi anume **gradaţia**, convingerea lentă, în etape. Acest principiu a fost bine sintetizat de către L. Bellenger [1997] prin formula: "A porni de la... pentru a sfârşi prin...".

12.4.5. Scopul persuasiunii este **reducerea distanţei** între vechile şi noile opinii prin acţiuni de 1) **întărire a unui acord**; 2) **incitare** la...; 3) **apropierea** punctelor de vedere; 4) **modificarea** atitudinii. Aceste tipuri de acţiuni au fost ordonate în raport cu dificultatea crescândă a punerii lor în aplicare. Primele două categorii de acţiuni pot fi realizate prin antrenarea subiectului, iar următoarele prin provocarea lui [L. Bellenger 1997].

1) **Întărirea unui acord.** Clientul este complet câştigat pentru cauză; se încearcă să se meargă mai departe pentru a se obţine un acord mai deplin. Adeziunea e bună, experienţa anterioară mai curând favorabilă. Persuasiunea necesită un pic de tact şi de dibăcie pentru a nu exagera în cerinţe, a fi prea pretenţios. Chiar atunci când este de acord, clientul nu trebuie să fie forţat, umilit.

2) **Incitarea la...** Clientul a fost neatent, a ignorat unele aspecte. De aceea, el trebuie sensibilizat, adică să i se trezească atenţia şi interesul faţă de aceste aspecte. Este o activitate cu risc, pentru că reacţiile subiectului pot fi imprevizibile. De aceea, profesionistul trebuie să înveţe să aştepte ivirea unei ocazii sau să construiască abil, prin incitare, o oportunitate de a discuta despre temele ignorate de client.

3) **Apropierea între punctele de vedere.** Între punctele de vedere ale sfătuitorului şi cele ale subiectului pot exista diferenţe. Acestea sunt determinate de reticenţele sau rezistenţele clientului. Este necesară depăşirea unor bariere şi găsirea unor puncte comune, asupra cărora se va negocia. Intervenţia este sistematică şi progresivă, cu multă răbdare.

4) **Modificarea atitudinilor.** Distanţa este mare între cele două poziţii, mai ales pe planul credinţelor şi convingerilor. A schimba punctul de vedere al cuiva este lucrul cel mai greu. Metoda cea mai valoroasă ar fi conversiunea. Ea se sprijină pe furnizarea unui important volum de informaţii semnificative, care realizează competenţa subiectului, exprimată prin termenul "în deplină cunoştinţă de cauză", precum şi prin expunerea la experienţe cu răsunet asupra sa.

Aceste ultime două modele (3 şi 4) sunt mult mai dificil de realizat, întrucât ele implică **provocarea,** atacul asupra unui set de convingeri şi reticenţe existente, pe care clientul este înclinat să le apere.

Discursul retoric al sfătuitorului, alcătuit după legile elocinţei, poate plictisi dacă este lung şi umileşte subiectul. De aceea, argumentaţia persuasivă se strecoară în modul cel mai fericit în ascultare, în dialog, în cantităţi bine dozate, pentru a nu intoxica. Deseori, argumentaţia este pigmentată (dacă este cazul) şi cu unele elemente "contra", adică cu prezentarea de posibile riscuri ale viitoarei atitudini. Clientului i se creează impresia de obiectivitate şi libertate de alegere, ceea ce îi poate facilita angajarea.

12.4.6. Caracteristicile persuasiunii în România. Se poate vorbi de un anumit model de persuasiune, promovat timp de decenii în ţara noastră şi care s-a imprimat în viaţa socială, în pedagogie şi în medicină, bazat pe câteva caracteristici esenţiale, descrise în continuare.

- Persoana de influenţă (psihologul, medicul, pedagogul) cu prestigiu excesiv, intră foarte puternic în rol, făcând eforturi exagerate pentru a se impune şi a împrumuta altora opiniile sale, modelul său de gândire asupra diferitelor probleme. Este modelul directiv, autoritar, tentat să influenţeze prin tehnici de manipulare. Ca o contrapondere, se conturează trăsăturile paternaliste, de persoană cumsecade, atentă la suferinţă, întrucâtva angajată.

- Mesajul are un bogat conţinut emoţional cu tentă negativă, concomitent cu un suport informaţional redus, mai degrabă sărac. În totalitatea sa, mesajul contribuie la o persuasiune anxiogenă, de intimidare. Persoanele influenţate devin înspăimântate şi, ca să scape, acţionează în sensul aşteptat, mai degrabă impulsiv. Presiunea mare face ca adesea să se rămână la nivelul atribuirii exterioare: "Aşa a spus profesorul (directorul, doctorul, mama)!". Alternativa ar fi persuasiunea cu valenţe pozitive, care măreşte potenţialul energetic, impactul propriei persoanei asupra existenţei sale şi poate duce la schimbări semnificative şi durabile.

- Sărăcia informaţiilor şi caracterul lor unilateral creează o perspectivă îngustă, lipsită de alternative. Acestea se reflectă asupra stilului grupului sau persoanei ţintă, prin varianta confruntare cu lumea aleasă în final. Persoanele ţintă tind să adopte atitudini resemnate, de umilinţă, de pasivitate, dar cu oarecare potenţial proiectiv, şi nu o conduită activă, cu mai multe şanse de succes.

- Menţinerea persoanei ţintă în starea de imaturitate îi măreşte vulnerabilitatea emoţională şi starea de nesiguranţă, departe de poziţia de partener care i-ar oferi o anumită autoritate şi distanţare. Apariţia medicinii private, a învăţământului privat, tinde să producă o anumită reechilibrare prin crearea alternativelor în care poziţia clientului se întăreşte.

12.5. PERSUASIUNEA MEDICALĂ

Este un aspect al celei generale, prezentată mai înainte. Aceasta tinde să fie o componentă educaţional-formativă a unor tratamente directive [H. Kind 1982], impregnată de puternice elemente sugestive. Spre deosebire de sugestie, persuasiunea se adresează raţiunii, de unde şi denumirea de terapie raţională, propusă de Dubois.

Fără a mai reprezenta o tehnică independentă, modelul persuasiv impregnează şi astăzi mai multe etape ale intervenţiei terapeutice. Componenta persuasivă intervine din plin în procesele complexe legate de: 1) comunicarea şi acceptarea diagnosticului; 2) definirea tratamentului; 3) acceptarea tratamentului şi aderenţa la el. Modelul persuasiv priveşte dialogul dintre medic şi pacient ca fiind un colocviu particular [M. Balint], care se înfiripă de-a lungul consultaţiilor şi în care participanţii se pun treptat de acord asupra aspectelor de mai sus.

După Sasz şi Hollender [1956] citaţi de A. Haynal, W. Pasini şi M. Archinard [1997], în funcţie de situaţia medicală, se descriu cele puţin 3 tipuri de relaţii:

a) în caz de urgenţă vitală medicul este activ, în timp ce pacientul este pasiv şi acceptă deciziile celui dintâi;

b) în caz de situaţii acute şi cu evoluţie rapidă (dar nu de urgenţă), medicul oferă sfaturile şi recomandările sale, dar clientul este invitat să coopereze la tratament;

c) în bolile de lungă durată, trec pe prim plan mutualitatea şi împărţirea puterii, îndeosebi în privinţa deciziei, existând un potenţial conflict pentru controlul comportamentului bolnavului. Acesta se rezolvă prin negociere, târguială sau printr-un compromis în termenii lui M. Balint [1964] între "ofertele" (solicitările) clientului şi răspunsul medicului, care trebuie să ţină seamă, în primul rând, de interesul major al celui dintâi.

12.5.1. Stadiile persuasiunii medicale. În oglindă cu sugestia au fost descrise următoarele 4 stadii ale procesului persuasiv: 1) **nehotărât;** 2) **acceptat;** 3) **argumentat;** 4) **convins.**

1) În raport cu sugestia, **prestadiul de nehotărâre** este mult mai lung. De obicei, clientul vine la medic într-o stare de nelinişte, declanşată de manifestările bolii, nelinişte substanţial motivantă pentru iniţierea unei relaţii terapeutice. Cazul bolnavului anxios, suferind de atacuri de panică, este tipic în acest sens.

Mai dificilă este situaţia bolnavilor psihici sau a celor aflaţi în afara patologiei, în stări conflictuale sau alte stări de dezadaptare socială, în care subiectivitatea şi logica afectivă trec pe primul plan. Aceşti bolnavi adoptă mecanisme de

apărare imature, ca negarea sau proiecţia, deplasarea etc. Pentru iniţierea unui dialog, clientul trebuie să accepte că există o problemă pe care nu poate să o rezolve. El poate primi ajutor numai dacă îl acceptă. Este nevoie deci de o schimbare de optică, de percepţie a sa şi a celorlalţi la nivelul convingerilor sale, pe plan raţional, pentru a se iniţia dialogul, cererea de ajutor şi a se accepta relaţia de ajutor.

Câştigarea încrederii este un proces dificil, în care persoana de ajutor este chemată să respecte solicitările, plângerile, reprezentările şi convingerile clientului, coagulate în jurul unor experienţe proprii, care îl fac "expert în boala sa". În suferinţele cronice se adaugă fantasmele hipocondrice, în care se produc atribuiri, adesea absurde, asociate într-un sistem explicativ propriu sau împrumutat. Acestea pot fi susţinute sau, din contră, combătute de familie.

Aplicarea ascultării empatice, luarea în atenţie a acestor reprezentări, a explicaţiilor etiopatogenice şi opiniilor terapeutice ale clientului şi familiei sale, precum şi elaborarea unei conduite adecvate situaţiei, toate acestea constituie premize importante ale stabilirii încrederii în profesionist.

Conduită securizantă a terapeutului se adresează nu numai emoţiilor şi convingerilor legate de problematica de bază ci şi temerilor clientului, declanşate de prezentarea la o altă persoană pentru ajutor. Posibilitatea ca profesionistul să nu îl înţeleagă sau să îl minimalizeze, să îl ridiculizeze sau să ignore plângerile sale, poate fi trăită anxios. De aceea, în această etapă există o **mare sensibilitate,** aproape o hiperestezie a clientului faţă de atitudinea celui care primeşte mesajul. Ea se va reduce pe măsura apropierii afective şi a dezvoltării relaţiei terapeutice.

Comportamentul adecvat prestadiului de nehotărâre presupune depistarea ezitărilor clientului, a rezervelor sale şi înţelegerea genezei lor printr-un travaliu de clarificare a motivelor prezentării, a aşteptărilor lui şi ale familiei sale.

Unii clienţi au nevoie, de la început, de explicaţii liniştitoare, de mesaje pozitive, mai ales în cazul unor tulburări fizice alarmante ca: palpitaţii, transpiraţii, ameţeli, cefalee etc. Explicaţiile trăite drept **comunicări pozitive** vor fi dublate de examinarea minuţioasă şi de instituirea imediată a unei conduite terapeutice, toate constituind elemente generatoare de încredere.

În schimb, în cazul unor afirmaţii şi interpretări ciudate din partea clientului, în care apar referiri, critici la adresa la conduitei "greşite" a altor profesionişti, se impune ascultarea reţinută, fără grabă, neutră, fără explicaţii, acompaniată de o mimică aprobatoare, care permite clientului şi, eventual, aparţinătorilor să se dezvăluie în siguranţă.

12.5.2. Comunicarea diagnosticului. Un moment delicat este legat de comunicarea veştilor rele, legate de diagnosticarea unor boli grave, cancer, SIDA, infarct, diabet, epilepsie, ciroze, schizofrenie etc. cu potenţial letal, grav invalidant sau de cronicizare. Pentru un bolnav sau familia sa, a accepta un asemenea

diagnostic presupune nu numai a-l auzi ci şi a **crede în existenţa lui** şi în validitatea sistemului de evaluare utilizat, în rezultatul analizelor, care fie pot deveni fetişuri, fie pot fi respinse.

Într-o primă etapă, este mai puţin traumatizantă comunicarea unei ipoteze de diagnostic mai ambigue, a unui **diagnostic de prezumţie** sau "de aşteptare", care să permită adoptarea conduitei terapeutice propice. Un asemenea diagnostic poate fi "psihoză" în loc de schizofrenie, o "criză de pierderea cunoştinţei" în loc de epilepsie şi altele. Odată comunicat diagnosticul formulat, acesta poate deveni o sursă de ameninţare şi izvorul a numeroase frământări şi griji. Fără îndoială că el va fi analizat pe toate părţile de către bolnav şi familia sa şi, ca urmare, va fi acceptat sau refuzat.

2) Stadiul următor, de **acceptare**, începe odată cu instaurarea încrederii depline în profesionist, în capacitatea sa de a face faţă nevoilor bolii şi intrarea fiecăruia în rolul care îi este destinat, fapt care va spori în mod substanţial permeabilitatea subiectului.

În această perioadă se poate prezenta diagnosticul, fundamentat de un minimum de observaţii clinice şi analize. Strategia de comunicare a diagnosticului [P. Hoare 1993], mai ales în cazul afecţiunilor severe, posibil de lungă durată, ar trebuie să atingă următorii parametrii:

- va fi delegată persoana cea mai mare în grad; dialogul se va desfăşura în deplină discreţie, începându-se prin solicitarea punerii de întrebări; limbajul va fi simplu, franc, onest, netehnic, cu referiri asupra naturii problemelor şi explicarea investigaţiilor, a bazelor diagnosticului. Se explică aspectele bune şi rele ale diagnosticului. Atenţie la formulările ambigue, cum ar fi: "Nu ai nimic organic!", caz în care bolnavul înţelege că are o boală misterioasă, care nu poate fi definită, şi aceasta e cu atât mai rău pentru el. Sunt facilitate exprimarea emoţiilor şi solicitarea de clarificări din partea clientului şi aparţinătorilor.

Pentru a suporta efectele negative ale comunicării unui diagnostic sever, pacientul trebuie să se afle într-o condiţie psihică şi fizică satisfăcătoare, acceptabilă. Poate fi nevoie de informarea rudelor şi a altor persoane din anturajul acestuia, cu respectarea legilor confidenţialităţii. Discuţiile pot fi continuate ulterior cu alte persoane de îngrijire.

12.5.3. Reacţiile negative la aflarea diagnosticului de boală gravă se desfăşoară după J. Bowlby [1980] şi alţii în următoarele etape:

a) **de şoc** - clientul şi familia sa par năuciţi, au impresia de irealitate. Faza durează câteva zile;

b) **de incredulitate,** angoasă, descurajare extremă, panică, mânie, negare, revoltă - clientul şi/sau aparţinătorii refuză diagnosticul, aleargă din doctor în doctor în speranţa că diagnosticul va fi infirmat;

c) **de dezorganizare- reorganizare,** - etapa de obişnuire;

d) **acceptarea realităţii şi toleranţă.**

Faza de incredulitate, de refuz al diagnosticului este parcursă de diverşi pacienţi în raport cu personalitatea lor, dar şi cu soliditatea relaţiei terapeut/pacient. Ea poate fi uşurată prin asistenţa discretă, binevoitoare şi plină de solicitudine. Diagnosticul nu se impune ostentativ, cu tărie, după modelul persuasiunii coercitive. El este o realitate trăită, acceptată şi asimilată dar în condiţii de libertate a clientului de a reflecta, de a se îndoi de severitatea sa, de a îşi pune întrebări şi a căuta surse de informare.

D. Mechanic [1986] consideră boala drept un eveniment neobişnuit, adesea necunoscut, generator de confuzii, de pierdere a controlului cognitiv şi anxietate. Faţă de boală se declanşează concomitent cu reacţia emoţională de anxietate şi o conduită cognitivă [R. Lazarus şi S. Folkman 1984] de **evaluare primară,** în care, de obicei, situaţia apare ca foarte alarmantă, greu de suportat. **Evaluarea secundară** care reia ulterior situaţia, poate să ajungă la concluzii diferite. **Alte reevaluări** pot să apară pe parcursul bolii, mai ales dacă situaţia se schimbă, dacă boala devine cronică şi/sau provoacă invaliditate.

În raport cu acest eveniment, apar cel puţin 3 unghiuri de abordare [D. Mechanic 1986]: 1) **căutarea unui sens** - indivizii caută informaţii despre boala lor, despre existenţa în condiţii de boală; 2) **atribuirea socială** - cine este de vină, factorii care au contribuit la situaţia prezentă (unii văd boala ca fiind generată de propria neglijenţă, ca semn al propriului eşec, se angajează în propria învinovăţire; ei se pot simţi paralizaţi, blocându-se capacitatea lor de răspuns activ); 3) **comparaţia socială** - adică modul în care se vede persoana respectivă, aflată în situaţia de bolnav, în raport cu alţii. Aceasta depinde de stima de sine anterioară, de modul în care este perceput de ceilalţi, familie, persoane de îngrijire, alţi bolnavi, de societate (vezi reacţiile faţă de SIDA).

În lupta cu stressul bolii, acelaşi autor descrie mai multe feluri de resurse: cele economice, abilităţile personale, tehnicile defensive, suportul social şi factorii motivaţionali, cum ar fi "dorinţa de a trăi". La ele s-ar mai adăuga [R.Lazarus şi S.Folkman 1984] resursele de sănătate restante, energia, credinţele, gândirea pozitivă, abilitatea de a căuta informaţia, de a rezolva probleme, abilităţile sociale în general.

După aceiaşi autori, se descriu cel puţin două modele de abordare cognitivă a ameninţării menite să permită elaborarea unei conduite:

a) **confruntarea centrată asupra problemelor.** În acest model se evaluează conţinutul ameninţării, situaţia creată precum şi modalităţile de combatere bazate pe resursele proprii sau/şi cele existente în afară, cum ar fi ajutorul medical. Sunt elaborate diferite variante de răspuns iniţial, din care va fi aleasă cea pusă ulterior în practică.

b) **confruntarea centrată asupra emoţiilor.** Acest model tinde să moduleze emoţiile pentru a le face suportabile. Astfel W. Oliver [1993] oferă exemplul unei rude care, deşi a întreprins toate demersurile ce îi stăteau în putinţă, corespunzătoare mecanismului de coping centrat pe problemă, a descoperit că boala părintelui său evolua către agravare, fără a fi influenţată de acţiunile sale. În situaţia de neputinţă, persoana s-a întors asupra emoţiilor sale, a găsit argumente pentru a minimaliza impactul lor iar prin reducerea lor s-a acomodat cu noua realitate.

În acestă perioadă, trăită ca maximă ameninţare, pot avea loc, între altele, următoarele acţiuni:

a) **încercarea de a câştiga controlul,** cum ar fi, de exemplu, reducerea durerii prin utilizarea preventivă regulată a medicaţiei analgezice, tactică utilizată în cancer sau în perioada postoperatorie;

b) **căutarea febrilă de informaţii,** pentru a cunoaşte mai bine problema şi a asigura o reevaluare de calitate;

c) **reevaluarea secundară benignă,** prin care se regândeşte situaţia, se consideră că ameninţarea iniţială a fost exagerată, se decuplează reacţiile de apărare (vezi reacţiile faţă de dantură). Se descriu negarea, refuzul de accepta boala, intelectualizarea cu rumegări mintale la nesfârşit, generarea de fantasme hipocondrice.

d) **acţiunea directă,** cel mai adesea de fugă (vezi fuga de operaţie), alergarea către bioenergie şi alte leacuri miraculoase etc.

Reevaluarea secundară benignă favorizează apărările de tip negaţie, prin care se afirmă că "nimeni nu a fost în stare să îmi pună diagnosticul", "nu ştiu ce boală am" şi este terenul pentru dezvoltarea propriilor interpretări. Persoana în cauză refuză, rând pe rând, toate reţetele precrise, devine arogant în contactul cu profesionistul, realizând modelul bolnavului "dificil", al celui "obraznic" cu multiple rezistenţe şi manifestări de transfer.

Confuzia în care trăieşte bolnavul în această perioadă poate fi legată de utilizarea unui limbaj prea tehnic, hermetic, de lipsa relaţiei terapeutice, de insuficienta comunicare cu profesionistul, trăită ca neglijare şi dezinteres din partea acestuia.

12.5.4. Persuasiunea propriu-zisă. Odată depăşită faza de incredulitate, de revoltă, asimilarea diagnosticului se realizează prin parcurgerea fazelor de persuasiune c) şi d), **argumentat-convins.** Treptat, afirmaţiile profesionistului sunt crezute sunt însuşite, atitudinile se schimbă în conformitate cu noile concepţii, sub presiunea venită acum dinăuntru.

Este un proces anevoios care poate fi uşurat de reprezentările generale anterioare ale bolnavului sau clientului, referitoare la boala respectivă, cum ar fi

necesitatea regimului alimentar la cardiaci, renali, hepatici, a unui stil protectiv de viaţă. O substanţială parte din munca de persuasiune se produce prin contactul cu persoane suferinde de aceeaşi afecţiune, de la care sunt preluate o bună parte din convingeri. Este persuasiunea involuntară, cu mare potenţial pozitiv, care poate fi şi negativ în raport cu calitatea "folclorului medical".

Asimilarea poate fi **completă,** prin obţinerea unui agrement integral, sau poate fi **incompletă.** Gradul de asimilare este în raport cu răspunsul dat de reevaluarea secundară benignă. Acesta va contribui la elaborarea stilului de confruntare stabil al clientului faţă de boală şi faţă de existenţa sa în calitate de bolnav. Asimilarea incompletă poate să însemne că bolnavul acceptă diagnosticul, dar nu şi tratamentul propus.

Se consideră utilă **generarea unui grad de îngrijorare,** de frică realistă, care stimulează bolnavul în angajarea cu diferitele proceduri şi tratamente, cum ar fi operaţiile. Este recunoscută valoarea pozitivă a "inoculării la stress", adică a comunicării directe, oneste şi ponderate asupra evoluţiei viitoare a situaţiei. Un exemplu bine verificat este utilitatea informării corecte a bolnavului în seara dinaintea operaţiei, asupra condiţiilor de desfăşurare, a duratei, asupra perioadei de spitalizare postoperatorii precum şi a altor aspecte. Se creează trăirea de ordine, de securitate, senzaţia de stăpânirea a evenimentelor, de participare, care au dus, în cazul operaţiei de apendicită, la o reducerea substanţială a cantităţii de anestezic utilizat şi a duratei medii de spitalizare cu 3 zile [I. Janis 1958].

Trăirea de lipsă de control, generată de: contactul insuficient cu persoanele de îngrijire, privarea de informaţii esenţiale, absenţa angajamentului ferm de ajutor din partea celorlalţi, duce la disperare, depresie, la **trăirea de neajutorare învăţată** [M. Seligman 1976].

Toate acestea pot fi combătute prin suport emoţional şi contactul permanent cu persoana suferindă. Acestea se constituie în factori de persuasiune pragmatică, ce pot fi potenţaţi prin informarea regulată asupra evoluţiei bolii.

12.5.5. Persuasiunea şi tratamentul. Nu numai diagnosticul, ci şi tratamentul reprezintă o ţintă a procesului persuasiv. Faţă de tratament reacţiile de apărare ale subiectului, împotrivirea, reprezintă, de obicei, obstacole şi mai mari, datorită drepturilor actuale conferite de calitatea de client. De aceea, fără o informare deplină asupra problematicii tratamentului, clientul nu îşi poate exercita drepturile de refuz sau negociere cu folos.

Obţinerea aderenţei faţă de tratament necesită o activitate migăloasă, flexibilă, cu importante elemente persuasive şi, adesea, sugestive, care necesită particularizări în raport cu fiecare bolnav şi familia sa. Lipsa de aderenţă la tratament (non-compliance) poate fi datorată următorilor factori [P.Harvey 1988]: 1) **voliţionali** - clientul decide raţional să nu urmeze tratamentul; 2) **accidentali** -

clientul poate să uite sau să interpreteze greşit instrucţiunile; 3) **circumstanţiali** - tratamentul poate fi terminat prematur datorită efectelor secundare severe.

Reacţiile negative faţă de tratament merg de la neacceptarea sa făţişă, până la sabotarea tacită, prin cenzură a dozelor, a intervalelor de administrare, prezentarea la alt profesionist, ignorarea pe deplin a prescripţiile anterioare sau, mai rău, reclamaţii la adresa medicului sau psihoterapeutului.

După A. Haynal, W. Pasini şi M. Archinard [1997] numai 30-40% dintre pacienţi urmează tratamentul în mod regulat, 30% îl modifică parţial, în funcţie de reprezentările lor, de convingerile lor, de preferinţe sau de experienţele anterioare, iar ceilalţi 30% nu îl urmează deloc. În cazul psihoterapiilor, procentajul celor care părăsesc tratamentul prematur ar trece de 50% [L. Foulkes şi alţii 1986].

12.5.6. Eficacitatea tratamentului şi nevoile clientului. Eficacitatea poate fi influenţată de nevoile crescute de dependenţă ale bolnavului, manifestate prin sindromul Munchhausen, delirul erotomanic, revendicarea patologică legată de frustrarea nevoilor de dependenţă, sindroamele somatoforme însoţite de convingeri hipocondrice şi depresie [A. Haynal, W. Pasini, M. Archinard 1997]. Acestea necesită dezvoltarea unei relaţii neutre, reţinute, însă constante, solide, fără interpretări, care să permită echilibrarea afectivă, apariţia trăirii "de înţelegere" de către terapeut şi trecerea către expunerea de angoase mai reale, legate de conflictele prezente şi de nevoile nesatisfăcute ale clientului. După caz, se poate adăuga o medicaţie anxiolitică, antidepresivă şi neuroleptică.

Persuasiunea va fi discretă, pe prim plan trecând înţelegerea bolnavului şi satisfacerea acelor nevoilor de autoînţelegere care să-i permită ieşirea din rolul de bolnav, ceea ce nu este uşor. Există un anumit orgoliu al bolii, trăită ca un martiriu, ca un drept la înţelegere şi mai ales la respect. El implică obligaţia unei atingeri uşoare din partea terapeutului care, prin prezenţa şi atenţia acordată, "legitimează" suferinţa într-o anumită măsură.

Această categorie de pacienţi prezintă un mare risc de a se simţi neînţeleşi şi de a reacţiona dur, fie prin mizeriile pe care le fac, de exemplu dorinţa de a fi primit peste rând, nemulţumirea făţişă sau mocnită, exigenţe extreme, imposibil de îndeplinit, urmate de ruptură. De altfel, reclamaţiile au devenit un lucru frecvent în ultimele decenii în unele ţări, ca de exemplu SUA.

Un obstacol major se poate constitui în refuzul de a intra în relaţia medic/pacient, refuz exprimat prin multiple semne, cum ar fi: prezentarea tardivă la consultaţie şi tratament, refuzul de a urma tratamentul, întârzieri, "fuga în sănătate", adică întreruperea prematură a tratamentului la primele semne de ameliorare ale bolii. Aceste semne pot ascunde frica de a intra în rolul de bolnav, de supunere, deja menţionată la contrasugestie. Atitudinea faţă de tratament poate fi explicată prin lipsa de răspuns imediat sau de eficienţă, frica de medicamente

stimulată de citirea prospectelor medicale, neîncrederea în valoarea profesionistului.

Faţă de toate aceste aspecte J. Schulte [1995] oferă următoarele soluţii: 1) a arăta în mod constant solicitudine faţă de pacient; 2) a trata pacienţii cu respect şi cu demnitate; 3) a-şi reaminti rapid despre bolnavii în cauză; 4) a asculta pacienţii; 5) a informa pacienţii în legătură cu boala şi tratamentul lor; 6) a recunoaşte şi asuma eventualele greşeli; 7) a accepta să discute problemele financiare.

Pe baza comunicării persuasive, a bunelor informaţii şi a propriilor experienţe cu trăirile neplăcute se dezvoltă în timp **competenţa în domeniul bolii.** Una din consecinţele importante ale însuşirii sistemului explicativ propus de persoana de îngrijire este dezvoltarea previzibilităţii, care îi asigură recâştigarea controlului cognitiv. Subiectul ştie, înţelege, stăpâneşte, cooperează, rezolvă, adică dezvoltă el însuşi strategii adaptative la noua situaţie.

Persuasiunea modernă presupune nu numai convingerea bolnavului, determinarea acestuia în a crede şi a acţiona în conformitate cu perceptele altora ci şi transformarea sa într-o persoană capabilă ca, prin acţiunile proprii, să influenţeze ea însăşi realitatea şi pe cei din jur.

CAPITOLUL XIII

METODE DE ABILITARE A CONDUITEI

Pornind de la observaţia că mulţi clienţi suferă prejudicii, pagube, încurcături, eşecuri etc. datorită ineficienţei comportamentelor lor, în ultimele decenii au fost dezvoltate metode de abilitare sistematică în vederea îmbunătăţirii stilului de a acţiona, pentru a le deveni folositor. Prin învăţarea sistematică a unor proceduri, conduite, acţiuni specifice se poate realiza nu numai remedierea situaţiilor nefericite actuale, ci şi realizarea cu succes a scopurilor vieţii. Abilităţile permit demonstrarea eficacităţii persoanei, a capacităţii sale de a-şi influenţa şi preschimba viaţa.

Dezvoltarea capacităţii de a acţiona este şi un răspuns adecvat al terapeutului faţă de tendinţele de autocompătimire, pasivitate şi neajutorare ale clientului, o alternativă faţă de cantonarea în discuţii prelungite, explicative, asupra suferinţelor şi cauzelor necazurilor. De altfel, în timpul tratamentului, în absenţa realizărilor concrete la nivelul comportamentului, se pot perpetua mecanismele de autoprofeţie centrate asupra propriei incapacităţi, generatoare de trăiri depresive, care pot contracara efectul bunelor intenţii şi promisiunilor clientului faţă de sine şi faţă de alţii.

Iniţierea acţiunilor este mai complexă decât pare. Ea implică dezvoltarea unei serii de operaţiuni intermediare, neglijate de multe ori în psihoterapie, cum ar fi: formularea de scopuri precise, realiste, de depăşire şi ieşire din "situaţie", motivarea clientului, stabilirea "designului", a conţinutului viitoarelor comportamente, definirea circumstanţelor lor de aplicare, stabilirea rezultatelor scontate. Metode foarte stricte de evaluare a rezultatelor, menite să corecteze cursul acţiunii aflate în desfăşurare, au fost aplicate în cadrul tehnicilor behavioriste.

Însuşirea de către client a acţiunilor propuse se realizează prin procese de învăţare, multe dintre ele consacrate, ca: **imitarea exemplului** sau modelarea, **îndemnul, îndrumarea, repetiţia, jocul cu roluri, utilizarea răsplăţilor.**

Momentul iniţierii procesului terapeutic legat de acţiune trebuie bine cumpănit, întrucât declanşarea sa prea timpurie poate să scurtcircuiteze etapele iniţiale ca exteriorizarea şi consumarea emoţiilor şi restructurarea gândirii, lăsând un ghimpe ascuns neeliminat, care poate declanşa blocaje, reacţii paradoxale de opoziţie deschisă sau mascată, reacţii adresate conduitei excesiv de raţionale din partea terapeutului.

În ultimele decenii, în practica sfătuirii au fost introduse strategii bine definite de învăţarea a abilităţilor pentru viaţă, a celor sociale, a asertivităţii, a rezolvării cu succes a conflictelor, a rezolvării problemelor personale. Departe de a

fi elemente de excepţie menite să rezolve o situaţie de criză, acestea trebuie să intre în repertoriul obişnuit al clientului, ceea ce presupune atingerea unui înalt grad de însuşire, chiar de măiestrie în aplicarea lor.

13.1. Abilităţile pentru viaţă se referă la un adevărat evantai de comportamente învăţate, care asigură o bună adaptare a persoanei în ambianţă şi în societate. Ele sunt instrumente fundamentale în obţinerea autonomiei şi atingerea scopurilor vieţii. Cu cât sunt mai bine formate, mai divers, acoperind diferite domenii ale existenţei, cu atâta persoana respectivă este mai înarmată în lupta cu viaţa, se înţelege mai bine pe sine şi pe ceilalţi şi poate lua deciziile pe care le impune situaţia.

După R. Nelson Jones [1990], abilităţile pentru viaţă răspund următoarelor nevoi personale: **responsivitatea** sau capacitatea de a experienţia trăirile, **realismul**, **consistenţa** (adică necesitatea de coerenţă în autodefinire, în comportament, în comunicare) şi **satisfacţia** în activitate, adică găsirea unui sens a acesteia. La această ar putea fi adăugată şi arta de a găsi şi a menţine echilibrul emoţional şi mulţumirea în viaţă. Toate aceste abilităţi se exprimă, după acelaşi autor, în următoarele 7 arii: trăiri, gândire, relaţionare, studiu, profesiune, timp liber, sănătate, fiecare dintre ele cuprinzând numeroase elemente. Abilităţile de autoservire, de orientare în mediul locuinţei şi în comunitate oferă persoanei şansa de a nu mai depinde fizic de altul.

Aspectele referitoare la **trăiri** se referă la capacitatea de a lua cunoştinţă de trăirile proprii, de a le acorda atenţie, de a experienţia senzualitatea, spontaneitatea, abilitatea de a exprima adecvat ceea ce simte, de a înţelege şi a regla pe cele nefavorabile, de a lua cunoştinţă despre aspectele negative ale existenţei.

Aspectele care reflectă **gândirea** pornesc de la un cadru conceptual realist, de la asumarea responsabilităţii personale pentru propriile opţiuni, de la atribuirea corectă a responsabilităţilor, la utilizarea gândirii interne de confruntare, la capacitatea de a dezvolta percepţii diferite, de a anticipa corect riscurile şi câştigurile, de a avea reguli interne realiste de gândire, abilitatea de a lua o decizie şi de a-şi gestiona problemele personale. O bună parte din substanţa acestor aspecte a fost deja expusă în capitolele anterioare.

În spaţiul **relaţionării** au fost menţionate: abilitatea de a recunoaşte propriile gânduri referitoare la relaţiile sociale, de a vorbi despre sine, de a utiliza bine limbajul corpului, de a începe o relaţie, de a menţine o relaţie, puterea de afirmare, capacitatea de a asculta şi ajuta pe alţii, de a stăpâni mânia, de a şti să te descurci cu conflictele, abilităţi destinate rolurilor specifice în familie, ca cetăţean, la serviciu etc. Toate acestea sunt desemnate prin termenul de abilităţi sociale.

În privința **studiului,** abilitățile se referă la a face opțiuni educaționale înțelepte, a utiliza bine timpul rezervat învățatului, de unde și abilitatea de a atinge termenele planificate, de a citi, a scrie, a te confrunta cu anxietatea fața de examinare, abilitatea de a fi creativ, de a gândi critic, de a participa la grup, de a vorbi în public etc.

Abilitățile pentru viață destinate **profesiunii** depășesc ceea ce s-ar numi pregătirea de bază a fiecărei profesii. Ele presupun o anumită prezența pe piața **muncii,** prin identificarea corectă a intereselor și abilităților personale, conștientizarea și utilizarea ocaziilor de angajare, de reușită profesională, de promovare, incluzând între altele: abilități de culegere a informațiilor despre piața muncii, de a te prezenta în scris, abilități de interviu, de a fi pregătit pentru schimbare, de a dezvolta lucrul pe care îl efectuezi, abilități legate de afaceri, de perfecționarea rolurilor profesionale. **Abilitățile profesionale** cunosc astăzi o diversificare extremă, ceea ce impune, adesea, lungi și obositoare perioade de formare, în cursul cărora se poate pierde din motivația și entuziasmul inițial.

O zonă de abilități, anterior neglijată sau chiar condamnată de unele percepte religioase, este cea a **distracțiilor.** Acestea pot fi aducătoare de destindere, voie bună, optimism, descarcă pulsiunile și energiile controlate în procesul muncii, oferă experiențe aducătoare de cunoaștere și, posibil, de înțelepciune, contribuie la dezvoltarea psihologică sau fizică (vezi lecturile, excursiile, sporturile, vizionarea spectacolelor). Într-o anumită măsură,acestea sunt "sarea vieții", oferind o bună parte din satisfacțiile existenței.

În mod obișnuit, distracțiile se integrează în sistemul de petrecere a timpului liber, împletindu-se cu repausul, somnul și activitățile domestice. Întinderea și varietatea lor depind de foarte multe variabile, cum ar fi: vârsta, sexul, personalitatea subiectului, preferințele fiecăruia și, mai ales, oportunitățile existente, atât de diferite în raport cu mediul urban sau rural.

Ceea ce interesează în analiza petrecerii timpului liber și a distracțiilor este mai curând atitudinea subiectului față de acestea, capacitatea de a-și valorifica timpul liber, de a utiliza toate mijloacele disponibile, de a culege informații despre ele, de a îmbogăți repertoriul distracțiilor printr-o atitudine activă, imaginativă, de a-și crea o viață plăcută, care merită să fie trăită, fără a recurge neapărat la stimulente ca substanțele psihoactive, alcoolul și drogurile. La cei dependenți de droguri, la persoanele suicidare, la depresivi, se observă o slabă capacitate de utilizare a timpului liber, un anumit gol existențial, pasivitate, iar modificarea atitudinii față de petrecerea timpului, ieșirea din pasivitate și găsirea unui sens al vieții reprezintă una din țintele programului terapeutic.

Sănătatea constituie o altă componentă importantă a abilităților pentru viață, atât pentru cei încă sănătoși cât și pentru cei suferinzi. A învăța să-ți menții propria sănătate, presupune însușirea regulilor de igienă, nu numai a celor de

curățenie, ci și a celor legate de cumpătare în regimul alimentar și activități, cu respectarea odihnei, menținerea în formă a organismului, aprecierea corectă a stării de sănătate și un răspuns prompt și adecvat la apariția primelor semne de boală. Asemenea percepte, cunoscute din timpuri imemoriale, capătă o și mai mare importanță astăzi, în condițiile de stress deosebit în care trăiește o bună parte a populației. De aceea, educația pentru sănătate și dezvoltarea simțului responsabilității pentru propria sănătate fizică dar și mintală este o prioritate, un obiectiv care poate fi atins numai prin eforturi începute timpuriu, de către toată lumea: familie, societate, individul însuși. În țările civilizate, s-a dezvoltat sistemul de evaluare periodică anuală a stării de sănătate, prin examene preventive, clinice și paraclinice, menite să depisteze stările de vulnerabilitate și bolile cu debut insidios.

Cu atât mai importantă devine gestiunea sănătății/bolii la cei bolnavi, ale căror manifestări imediate și simptome pot fi înșelătoare, absente sau de slabă intensitate, cum ar fi bolile cronice. În cazul unor afecțiuni psihice, a căror percepție este adesea blocată de mecanismele de apărare ale Eului, dezvoltarea conceptiei referitoare la propria afecțiune este un drum îndelungat, adesea sinuos, dar absolut necesar, ceea ce presupune furnizarea de informații corecte, bine dozate, în mod repetat și pe diferite căi.

Subiectul va trebui să-și recunoască timpuriu semnele de recădere, să știe cui se adresează pentru ajutor (familiei, medicului generalist sau psihiatru, psihologului, asistentei medicale sau de psihiatrie) și să cunoască măsurile de urgență, medicația menită să prevină dezvoltarea completă a unui nou episod morbid.

Abilitățile de **autoservire,** bine cunoscute în practica geriatrică și a instituțiilor recuperatorii, au o importanță ce depășește limitele defectualității organice și instrumentale, întrucât foarte multe persoane dependente se recrutează dintre cele care au un minus de formare, printr-o educație deficitară, supraprotectoare. Dependenții vor avea mai târziu reacții violente de desprindere sau eșecuri adaptative. În aceeași serie a abilităților de autoservire se înscriu și cele de orientare în afara locuinței, legate de integrarea comunitară, de orientarea topografică, în cadrul localității de reședință și altundeva, utilizarea firească a mijloacelor de transport, efectuarea cumpărăturilor, comportarea adecvată în instituțiile publice și altele.

Acestea au căpătat importanță odată cu dezvoltarea proceselor de reabilitare a persoanelor suferinde, cu diferite stări defectuale de natură cerebrală sau chiar somatică, ce creează un minus de capacitate psihică sau/și fizică. Abilitățile pentru viață au devenit ținta procesului formativ sau recuperator întrucât asimilarea lor sistematică reprezintă adevărate avantaje sociale și contribuie la crearea de personalități complexe, cu mare capacitate adaptativă

13.1.1. Evaluarea şi însuşirea abilităţilor pentru viaţă se efectuează în cadrul unor chestionare standardizate, care dau o imagine generală sau sectorială, centrată asupra unui domeniu. Sunt utilizate chestionare de evaluare în consilierea profesională, în vederea stabilirii gradului de însuşire a abilităţilor specifice, foarte multe sunt destinate evaluării abilităţilor de autoservire ale bolnavilor cronici, deficienţi mintal, bătrâni suferinzi de patologia senescenţei, celor cu defectualitate postpsihotică, în vederea alcătuirii unor programe de recuperare. Aprecierea gradului de însuşirea a unei abilităţi se realizează, de obicei, pe o o scală de 3 puncte, în care: 0 = lipsa abilităţii; 1= însuşirea incompletă a comportamentului, caracterizată prin răspunsuri variabile, inconstant bune; 2 = însuşirea completă, cu răspunsuri corecte constante. Odată circumscrisă aria minusului de abilităţi se vor stabili cauzele şi se va defini un program de intervenţie corectoare, după principiile modificării comportamentului, cu utilizarea de răsplăţi diferenţiate.

Programele de învăţare a abilităţilor pentru viaţă pot fi conduse în raport cu itemurile bine definite ale scalelor de evaluare, într-un model de intervenţie sistematic, realizat pas cu pas.

Recent, au apărut programe mai puţin riguroase, cu tematici mai largi, destinate elevilor şi tinerilor, având ca scop dezvoltarea comunicării, a iniţiativei personale, a autonomiei, a capacităţii de a acţiona independent sau în cooperare cu alţii. Acestea au fost introduse în şcoli sau cluburi pentru tineri, ca forme de dezvoltare a personalităţii, strategii de prevenţie şi combatere a consumului de droguri.

Programele de abilităţi pentru viaţă, prezentate în timpul orelor de diriginţie, se concretizează prin dezvoltarea de proiecte personale sau de microgrup, cu tematică foarte variată, inclusiv excursii, seri distractive, acţiuni de întrajutorare şi altele, realizate cu sprijinul corpului profesoral. Ele oferă elevilor şansa de a-şi descoperi capacitatea creatoare şi de a cultiva perseverenţa, iar prin răsplăţile inerente reuşitei unui proiect, plăcerea acţiunii.

Creşterea atenţiei acordate îngrijirii corpului, menţinerii propriei sănătăţi de către fiecare cetăţean, a dus la o adevărată educaţie a conştientizării stării de sănătate. Autoîngrijirea este cultivată mai ales în cazul bolilor cronice, însoţite de tratamente îndelungate, cum ar fi: epilepsia, afecţiunile hepatice, cardiace, neuropsihice, renale, diabet. Îndeosebi în recuperarea disfuncţionalităţilor sau prevenirea recăderilor, bolnavului îi vor reveni răspunderi precise, care pot fi înscrise în contractul terapeutic.

Interviul semistructurat poate da o imagine satisfăcătoare asupra stilului de confruntare al bolnavului cu propria boală sau stare de neputinţă, gradului de afectare a imaginii de sine, a asimilării rolului de bolnav, capacităţii de recunoaştere a semnelor alarmante şi de acţiune în sprijinul intervenţiei terapeutice.

13.2. ABILITĂŢILE SOCIALE

Acestea reprezintă un termen generic ce desemnează abilităţile de comunicare şi comportament în relaţiile interpersonale, în vederea exprimării trăirilor, a intereselor şi a nevoilor personale. După R. Lieberman [1988] acestea constau în emiterea de răspunsuri adecvate într-un mare număr de contexte relaţionale. Gradul de adecvare al răspunsurilor se reflectă în **competenţa socială** a persoanei [M. Hersen, A. Bellack 1977].

Abilităţile necesare competenţei sociale cuprind [R. Lieberman 1988] următoarele:

1) o bună **percepţie socială** sau o înţelegere a datelor unei situaţii interrelaţionale, adică a fi conştient de sentimentele sau de scopurile persoanei cu care se întâlneşte dar şi de propriile drepturi şi responsabilităţi. O bună percepţie socială presupune o obiectivă raportare la sine şi la ceilalţi şi poate fi afectată de existenţa, relativ frecventă, a problematicii autoevaluării rezultată din prezenţa complexelor de inferioritate/superioritate, a unor nevoi neîndeplinite de autonomie şi putere, ce generează distorsiuni semnificative, cu răsunet pe plan cognitiv.

2) un **proces cognitiv** de prelucrare a situaţiei, cu găsirea mai multor posibilităţi de acţiune şi alegerea răspunsului celui mai bun.

3) **emiterea răspunsului** ales către o altă persoană, utilizând componentele adecvate verbale şi nonverbale.

În accepţiunea modernă [O.Hargie, C. Saunders, D. Dickson, 1981, L. Michelson şi colab. 1985], abilităţile sociale cuprind un mănunchi de comportamente verbale şi nonverbale specifice, intercorelate şi sincronizate, ce au un scop bine definit, şi anume **modificarea comportamentului**, atitudinii, convingerilor altei persoane sau a datelor unei **situaţii sociale**. Ca exemplu se poate da discursul politic ce duce la câştigarea de adepţi. Autori ca D. Meichenbam şi alţii [1983] au introdus în definirea **competenţelor sociale** verigi cognitive, cum ar fi: credinţele, aşteptările, autoverbalizările.

Abilităţile sociale se exprimă numai într-un proces interactiv, în contact cu alte persoane. Ele ies la iveală odată cu iniţierea unor acţiuni sau oferirea de răspunsuri de calitate, adecvate situaţional, adică în timp şi spaţiu, ce tind să maximalizeze efectul acţiunilor proprii asupra altora. După O. Hargie, C. Saunders şi D. Dickson [1981] comportamentul social nu poate fi judecat în izolare.

Calitatea sa este judecată în raport cu adecvarea la scop, la situaţie, la particularităţile interlocutorului, dar şi prin prisma rezultatelor, adică a eficacităţii. Comportamentul social poartă şi amprenta experienţei anterioare, a educaţiei, a statutului social, a personalităţii persoanei, a vârstei, a stării sale emoţionale. Astfel, o anumită comportare va avea un mahalagiu şi o cu totul alta un om de

lume, ambii aflându-se în aceeaşi situaţie, cum ar fi, de exemplu, solicitarea de favoruri din partea unei tinere. Valoarea conduitei nu este absolută, ea având un grad de relativitate în raport de contextul situaţional. Dacă fata este din acelaşi cartier şi face parte din aceeaşi pătură socială, ea ar putea fi impresionată de mahalagiu şi mult mai puţin de cel bine educat. Valoarea conduitei este în funcţie şi de eficacitate, de efectele sale pe termen scurt sau mai îndelungat, între care gradul de risc. Eficacitatea imediată nu poate reprezenta un criteriu absolut. Şi un tâlhar poate să obţină prin ameninţare imediat ceea ce doreşte, dar nu de multe ori.

De obicei, comportamentul social se află sub controlul persoanei respective, dar în lipsa abilităţii, acesta devine aleatoriu, dezordonat, haotic, nepotrivit cu situaţia.

Comportamentul social este apreciat pe baza a ceea ce se vede, a componentelor sale verbale şi nonverbale, exemplul cel mai obişnuit fiind cel al "bunelor maniere" sociale. Componentele verbale reprezintă conţinutul a ceea ce trebuie comunicat, felul în care trebuie spus, ce se intenţionează a se transmite şi ceea ce este înţeles de către destinatar. Cele nonverbale cuprind ţinuta, îmbrăcămintea, pieptănătura, mimica, gesturile. Împreună, ele alcătuiesc ceea ce americanii înţeleg prin "look", adică imaginea de ansamblu a persoanei, modul său de prezentare în contactul cu alţii.

Regulile sociale, jocul relaţional, pot fi învăţate, dar şi dezvăţate spontan în practica socială. Există persoane cu aptitudini deosebite în însuşirea abilităţilor sociale, cunoscute drept abile, manipulatorii care reuşesc să obţină frecvent ceea ce doresc. În schimb, altele, în absenţa predispoziţiei corespunzătoare, a educaţiei, a experienţei sociale sau prin experienţierea unor comportamente etic negative, având un minus de abilităţi, pot să sufere importante eşecuri. În mod firesc, abilităţile sociale ar trebui însuşite în cursul procesului educaţional obişnuit, urmând ca unele să fie completate prin experienţă pe întreg parcursul ciclului vieţii, într-un proces aproape nesfârşit. O definiţie primitivă de pe vremea bunicii se referea la "cei şapte ani de acasă", dar deprinderile de bunăcuviinţă iniţiale nu pot răspunde complexităţii şi dinamicii excepţionale a vieţii sociale, profesionale şi relaţionale ce implică importante schimbări de roluri cu angajare, iniţiativă, succes social şi corolarul lor, conflictele, problematica adaptativă.

13.2.1. Minusul de abilităţi sociale. În lipsa abilităţilor sociale, mulţi oameni funcţionează sub nivelul capacităţii lor intelectuale, crescând abrupt probabilitatea unor răspunsuri dezadaptative, generatoare de probleme nerezolvate sau încheiate nesatisfăcător, cum ar fi divorţul (a cărui rată a ajuns la 50% în unele state avansate), abandonul familial, răspunsuri emoţional-comportamentale cu risc, exprimate prin consum de substanţe adictive, violenţă, tentative de suicid, boli psihice, îndeosebi depresii şi stări anxioase.

Pot afecta capacitatea de învăţare a abilităţilor sociale afecţiunile neuropsihice cu debut timpuriu (în copilărie), iar cele din perioada de adult pot duce la importante pierderi ale lor în psihozele cu evoluţie defectuală şi procesele deteriorative cerebrale. Pot avea un minus de abilităţi sociale sau de viaţă: agresivii, delincvenţii juvenili, cei care au eşuat în relaţiile sociale, persoanele cu un grad de imaturitate, cei cu probleme de stress.

Beneficiază de învăţarea abilităţilor sociale un număr important de persoane fără tulburări psihice, dezavantajate cultural, cu slabă educaţie, cele cu slabă experienţă socială, care au trăit în izolare absolută sau în grupuri restrânse, în instituţii, leagăne, cămine de copii, internate ce oferă o varietate scăzută a experienţelor existenţiale şi a rolurilor implicate.

După J. Boisvert şi M. Baudry [1989], minusul de abilităţi sociale poate rezulta dintr-o varietate de situaţii, cum ar fi:

1) nu a fost învăţat un comportament adecvat sau a fost învăţat unul inadecvat;

2) comportamentele adecvate nu au fost apreciate, răsplătite şi s-au stins;

3) abilităţile sociale solicitate sunt apreciate negativ de către subiect;

4) persoana prezintă o percepţie inadecvată a situaţiilor sociale.

Persoanele evaluate ca inadecvate social pot fi considerate ca un **grup neomogen** în ceea ce priveşte conţinutul abilităţilor deficitare şi mecanismele de tulburare a procesului de achiziţie a acestora [J.Curran, H.Wessberg 1981]. În fapt fiecare persoană posedă un amestec de abilităţi şi inabilităţi sociale, iar exigenţele existenţei în lumea actuală impun mereu asimilarea unor noi deprinderi, mai ales în domeniul profesional.

În societatea actuală se vorbeşte nu numai de minusul relativ sau absolut de abilităţi sociale al unora, ci şi de nevoia unui **plus de abilităţi sociale** pentru majoritatea populaţiei, pentru a răspunde cu succes exigenţelor unei vieţi sociale complicate. Ca orientare preventivă, aceasta a dus la introducerea învăţării abilităţilor sociale ca o **formă de perfecţionare umană** în cadrul procesului de învăţământ în şcoli, în întreprinderi, în diferite instituţii cu solicitări pretenţioase, concretizată în nenumărate instructaje, cursuri de educaţie continuă etc.

13.2.2. Evaluarea abilităţilor sociale. Există o serie de scale de evaluare a abilităţilor sociale, cum ar fi cea a lui D. Goldstein [1980], J. Matson [1983] pentru copii şi adolescenţi, R. Lieberman [1988] pentru adulţi şi multe altele, utilizate în reabilitare. Fiecare loc de muncă sau grup de activităţi implicând un set de abilităţi specifice (vezi profesia de manechin, de prezentator de programe TV etc.), impune o parte de evaluare specifică, bazată pe criteriile recunoscute în cercurile de specialişti, dar şi altele.

13.2.3. Metode de învățare a abilităților. Odată definite ariile deficitare, se trece la alcătuirea unui **program de învățare a abilităților.** Un asemenea program sistematic poate avea succes dacă respectă criteriile deja menționate [M.Sundel și S.Sundel 1975], prin alegerea acelor comportamente ce pot fi îndeplinite de client, care stimulează învățarea altora și îi măresc gradul de autonomie. Sunt de preferat acțiuni simple, precise, ușor de evaluat, nu mai mult de 2-3 exerciții pentru o perioadă de 2-3 săptămâni. Pe măsura asimilării, ele vor fi înlocuite cu altele, mai complexe.

În cazul abilităților sociale, temele de învățat, organizate pe module, pot fi segmentate până a se ajunge la porțiuni atât de mici, încât pot fi asimilate satisfăcător de către client. Astfel, în modulul de abilități necesare bolnavului cronic, psihotic, denumit "utilizarea medicamentelor", R. Liberman [1988] include domeniul de abilitate denumit "negocierea prescripțiilor medicamentoase". El ar cuprinde următoarele comportamente distincte:

- intrarea în contact cu terapeutul;
- descrierea precisă a problemei;
- precizarea frecvenței sau duratei;
- descrierea gradului de inconfort;
- a cere o intervenție terapeutică specifică;
- repetarea sau solicitarea de clarificări asupra recomandărilor medicului;
- a întreba când se va produce efectul așteptat;
- a mulțumi pentru ajutorul dat;
- păstrarea unui bun contact vizual;
- păstrarea unei bune atitudini;
- păstrarea unui discurs audibil și clar.

La acestea se pot adăuga încă alte comportamente, între care: a întreba despre efectele secundare și modul în care ele se combat, a negocia alegerea unuia dintre mai multe medicamente disponibile, stabilirea dozei convenabile.

În modelul behaviorist de reducere a stressului și de scădere a reacțiilor emoționale negative, cunoscute sub numele de exprimarea înaltă a emoțiilor (high emotional expressions) ce apar în relațiile familiale cu o persoană bolnavă cronic, model elaborat de I. Falloon și colab [1988, 1993], accentul este pus pe aducerea stilului de comunicare al familiei, inclusiv al persoanei țintă, către un model asertiv, deschis, onest, mai senin și rațional prin însușirea componentelor nonverbale și de organizare a discursului de acest tip. Într-o primă etapă, accentul cade asupra structurării expresiei verbale, conținutul mesajului urmând a fi restructurat apoi cu ajutorul metodei de "rezolvare a problemelor".

Astfel, după o evaluare foarte îngrijită, se propune îmbunătățirea prin învățare sistematică a: 1) eficienței comunicării prin asimilarea exprimării sentimentelor pozitive, a solicitărilor pozitive, a trăirilor neplăcute, a ascultării

active; 2) a tehnicii de rezolvare a problemelor în vederea atingerii scopurilor vieții.

Pentru îmbunătățirea exprimării sentimentelor pozitive sunt oferite următoarele sugestii directe:

- privește cu simpatie la persoană;
- descrie cu o voce caldă purtarea care ți-a plăcut;
- spune exact ce ai simțit (bucurie, satisfacție, plăcere etc.) când ai perceput comportamentul plăcut.

În formularea solicitărilor pozitive sunt date următoarele indicații directe:

- privește cu simpatie la persoană;
- spune exact cum ți-ar plăcea să se poarte ea în termenii următori: "Mi-ar place ca tu să..."; "Aș aprecia dacă tu ai..."; "Aș fi fericit dacă tu ai...".
- descrie cum te-ai simți dacă ea ar efectua comportamentul solicitat.

În exprimarea sentimentelor neplăcute se propune:

- privește la persoană;
- vorbește ferm;
- descrie exact faptul/comportamentul care te nemulțumește;
- prezintă exact ce ai simțit neplăcut;
- asumă-ți responsabilitatea de a rezolva trăirile tale neplăcute în sensul de a angaja discuții pentru rezolvarea problemei apărute, de a face solicitări pozitive celuilalt/celorlalți pentru a realiza comportamente alternative față de cele care au declanșat nemulțumirea.

Pentru realizarea ascultării active se schițează următoarele recomandări:

- privește la vorbitor; ascultă la ceea ce se spune; se dă din cap și se aprobă; se solicită întrebări de clarificare; se verifică ceea ce s-a auzit. Într-o primă etapă, accentul cade asupra structurării expresiei verbale, conținutul mesajului urmând a fi restructurat apoi cu ajutorul metodei de "rezolvare a problemelor".

Învățarea abilităților pentru viață și a celor sociale presupune stimularea prealabilă a **motivației** de schimbare. După conștientizarea deficiențelor comportamentale anterioare, urmează asimilarea ideii că orice conduită nesatisfăcătoare poate fi înlocuită prin una de succes dacă subiectul își asumă responsabilitatea și depune cu perseverență eforturile necesare de învățare. El va lua cunoștință cu viziunea de ansamblu asupra procesului de schimbare. Aceasta constă în asimilarea de cunoștințe referitoare la comportamentele propuse, un proces de învățare și obținerea de modificări așteptate.

Inițial, pentru adoptarea unor noi conduite este necesară furnizarea de informații din partea sfătuitorului, prin care se ia cunoștință cu ceea ce are de învățat și modul în care va trebui să se poarte. Cunoștințele pot fi prezentate teoretic sau, mai concret, prin intermediul filmelor/benzilor video cu teme

specifice, prin observarea directă, pe viu, a desfăşurării acţiunii reale sau prin simularea de către o persoană competentă. În discuţiile următoare, subiectul va fi solicitat să facă observaţii, să pună întrebări, să descrie experienţele sale în domeniul respectiv, să îşi descrie grijile în legătură cu posibile consecinţe negative ale schimbării comportamentului.

După clarificările menţionate, noul comportament va fi analizat şi precizat în toate detaliile, în vederea identificării punctelor sensibile, faţă de care subiectul prezintă neîncredere. Exersarea noului comportament, a abilităţii, se face întâi experimental, prin jocul de roluri sau prin implicare directă sub îndrumarea unei persoane competente (vezi autoservirea). Întrucât subiectul prezintă adesea neîncredere în sine, aprehensiuni, el are nevoie de răsplătire substanţială, repetată, cel mai adesea constând în încurajare, răbdare, acceptare a ritmului de învăţare potrivit cu resursele sale.

Subiectul va trebui să pregătească unele teme pentru acasă, să exerseze comportamentul pe cont propriu, astfel încât, în procesul de învăţare efectuat sub îndrumarea terapeutului, să se împletească exerciţiile de tip jocul de rol cu cele în vivo, cu munca independentă.

Programul de învăţare a abilităţilor sociale va fi evaluat periodic, urmărindu-se calitatea asimilării, progresele înregistrate, satisfacţiile dar şi obstacolele întâmpinate de client. Repetiţiile frecvente vor consolida substanţial noile comportamente, însă punctul critic este reprezentat de stadiul de acţiune independentă, aşa-numita generalizare, adică de introducerea lor în viaţa de fiecare zi.

Această etapă trebuie monitorizată cu minuţiozitate, menţinându-se sprijinul, îndrumarea şi încrederea, pentru a preveni eşecurile relativ frecvente din acest stadiu. Învăţarea sub îndrumare încetează când deprinderile vor fi aduse în stadiul de abilitate, de reuşită sistematică în viaţa obişnuită. Abilităţile sociale pot fi învăţate individual sau în grup.

Învăţarea în grup este mai pretenţioasă dar şi mai economică. Ea impune parcurgerea etapei preliminare de formare a grupului "de învăţare". Participanţii sunt încurajaţi să îşi însuşească abilităţile de integrare în grup prin tehnici de "spargere a gheţii". Urmează apoi prezentarea problematicii fiecăruia, ceea ce deschide calea procesului de autoevaluare, completată cu ajutorul celorlalţi precum şi faza colectării datelor iniţiale. Grupul este structurat, este prezentată schema programului de formare a abilităţilor sociale, se insistă asupra contribuţiei fiecăruia, prin participare activă la procesul de interacţiune, prin luarea cuvântului. Sunt învăţate: însuşirea responsabilităţii, răspunsul empatic, chestionarea, confruntarea, dezvăluirea şi rezumarea chiar în timpul prezentării problematicilor individuale.

În a doua etapă, pe baza datelor obţinute, se conştientizează schimbările ce trebuie efectuate în comportamentul fiecăruia şi se parcurge procesul similar cu cel

al învăţării individuale. Se pregătesc programe individuale specifice, care vor fi croite, în bună măsură, cu ajutorul celorlalţi. Sprijinul grupului constă în comentarii, sugestii, descrierea de comportamente alternative deja experimentate cu succes de unul sau altul dintre participanţi.

Participanţii care pot fi exemple pozitive vor fi selectaţi pentru jocul de roluri, evitându-se însă ca aceeaşi persoană să fie model de fiecare dată sau analiza să se concentreze prea mult asupra unuia. Aceasta asigură o atmosferă democratică, de cooperare în grup, permite o dezvăluire de bună calitate şi o analiză onestă. În continuare, se efectuează exerciţii de rol şi se stabilesc temele pentru acasă.

În următoarea etapă a lucrului efectiv cu abilităţile, grupul poate deveni un mediu propice de analiză. Se comentează comportamentul exersat acasă de fiecare în cadrul programului său, gradul său de reuşită, obstacolele întâmpinate şi modul de îmbunătăţire a comportamentului ţintă. Acesta se demonstrează în grup, se repetă şi se pefecţionează după observaţiile şi sugestiile celorlalţi şi, treptat, conduita devine mai apropiată de ideal, se consolidează. Feedback-ul pozitiv şi sprijinul celorlalţi devin un importanţi factori motivaţionali. Şi aici se menţin ceilalţi parametrii ai învăţării individuale.

Rolul sfătuitorului este de a crea atmosfera propice în calitate de facilitator, importanţa sa ca model în jocul de rol fiind mult mai redusă în comparaţie cu cea din învăţarea individuală, în care stă tot timpul în linia întâi.

13.3. ASERTIVITATEA

Asertivitatea (afirmarea de sine) reprezintă o atitudine faţă de sine şi faţă de alţii, care se manifestă în procesul comunicării interpersonale. Afirmarea de sine porneşte de la respectul demnităţii umane. Ea tinde să combată discriminările de orice fel. Principiile sale statuate în Charta Drepturilor Omului afirmă că toţi suntem egali, nimeni nu este mai important decât altul, toţi avem aceleaşi drepturi fundamentale, pe care trebuie să le apărăm, fără a le încălca pe cele ale altora.

Principiul egalităţii se exprimă, în principal, în următoarele drepturi: 1) de a exprima trăirile; 2) de a exprima opiniile şi convingerile; 3) de a spune DA sau NU pentru sine şi pentru alţii; 4) de a schimba opinia; 5) de a spune "eu nu înţeleg"; 6) de a fi tu însuţi fără a trebui să acţionezi în beneficiul sau spre binele altora; 7) de a refuza responsabilitatea pentru problemele altor persoane; 8) de a face altora solicitări rezonabile; 9) de a stabili propriile priorităţi; 10) de a fi ascultat şi a fi luat în serios de alţii. Toate acestea sunt valabile pentru fiecare dintre noi, adică se aplică în egală măsură atât nouă cât şi celor cu care venim în contact şi contribuie la formarea şi menţinerea stimei de sine, la trăirea de adecvare socială.

Punerea lor în aplicare este mult mai dificilă şi depinde de gradul de asertivitate al fiecăruia, de stilul de comunicare, de curajul şi consecvenţa cu care fiecare îşi promovează scopurile personale, menţinând un echilibru, o anumită armonizare a intereselor proprii cu cele ale altora.

Conştiinţa drepturilor personale s-a dezvoltat treptat de-a lungul istoriei, în cadrul diferitelor civilizaţii, încercând să echilibreze raporturile dintre cei puternici şi cei slabi, dintre stat sau comunitate şi cetăţean, dintre şef şi subaltern, bărbat şi femeie, părinţi şi copii, prieteni, prin redarea încrederii şi curajului celui dezavantajat.

Gradul de afirmare al persoanei are o puternică amprentă culturală cu conotaţii religioase, vezi statutul femeii în lumea musulmană, poziţia defetistă cultivată de biserica ortodoxă prin formulări de genul "Capul plecat sabia nu-l taie!" sau "Fereşte-ne Doamne de mai rău!", sau cea cu conotaţii ideologice, cum ar fi promovarea conformismului social în comunismul totalitarist. Astfel, unele persoane credincioase tind să îşi nege pulsiunile, nevoile, drepturile, preferând supunerea necondiţionată.

În epoca actuală, calitatea de bun cetăţean aduce în prim plan o dimensiune etică substanţial diferită de cea a societăţii româneşti dinainte de 1989, în care componenta participativă, de implicare activă, de iniţiativă personală era intens controlată, chiar blocată, lăsând impresia unui spaţiu social încremenit. Imprimarea socială anterioară, profund inhibantă, şi-a pus amprenta asupra a numeroase persoane. S-au păstrat importante reziduuri inhibante în educaţie, în raporturile intrafamiliale, în relaţiile dintre sexe, în viaţa profesională, în relaţiile ierarhice.

De aceea, satisfacerea nevoilor de dezvoltare a asertivităţii este esenţială pentru a da societăţii româneşti contururile moderne şi maturitatea necesară adaptării la spaţiul european. Important este că gradul de asertivitate poate fi crescut şi adus la o dimensiune rezonabilă prin tehnici de învăţare sistematică, prin promovarea vieţii democratice, prin reducerea inegalităţilor socio-economice.

13.3.1. Caracteristicile afirmării de sine. Asertivitatea se exprimă, pe axa activismului personal, cu un minimum în zona pasivităţii, a autocenzurii, către optimum - comportamentul asertiv şi un maximum în zona agresivităţii. Afirmarea de sine agresivă poate fi confundată cu exprimarea tăriei Eului (vezi agresivitatea gratuită juvenilă ca demonstraţie de forţă, de îndrăzneală, de plăcere de a sfida). Asertivitatea este în strânsă legătură cu trăirea de adecvare personală şi socială, exprimată atât de sintetic în analiza tranzacţională prin formularea cu două variante ce se exclud "Eu sunt/nu sunt OK".

A te afirma înseamnă a comunica în mod adecvat opiniile personale, prin susţinerea punctului propriu de vedere, prin formularea lor propice în faţa altor persoane, începând cu cei din cercul apropiat: familie, prieteni, rude serviciu,

necunoscuţi. J. Wolpe [1973] a scris "Asertivitatea este exprimarea oricărei emoţii alta decât anxietatea, printr-un comportament adecvat faţă de alte persoane". Iniţial, afirmarea a fost înţeleasă drept o acţiune de apărare, afirmarea negativă, exprimată printr-un comportament de opoziţie, la care s-a adăugat apoi afirmarea pozitivă, incluzând cooperarea. Mai recent, comportamentul asertiv a fost extins pentru a include exprimarea acurată a comportamentului afectiv, de "intimitate", prin exprimarea sentimentelor pozitive şi negative.

Asertivitatea marchează practic toate domeniile comunicării interpersonale. Abilităţile de comunicare cu un important nucleu asertiv afectează fiecare arie a existenţei, de la capacitatea de a exprima sentimentele în relaţiile intime până la a te descurca cu o persoană autoritară. În analiza comportamentului de comunicare J. Boisvert şi M. Beaudry [1988] recunosc încă două dimensiuni: nivelul de indispoziţie (produs de contactul cu celălalt/ceilalţi) şi pe cel al abilităţilor sociale

E. Gambrill [1977] descrie 4 feluri de comportamente legate de sensul afirmării:

1) **afirmarea de sine negativă, ca răspuns faţă de iniţiativa altcuiva** (a răspunde la critici, a spune nu);

2) **afirmarea de sine negativă în care subiectul ia iniţiativa,** de exemplu a arăta spontan dezacordul faţă de o schimbare survenită;

3) **afirmarea de sine pozitivă ca răspuns la iniţiativa altuia** (a accepta complimente, a răspunde cuiva care deschide o discuţie);

4) **afirmarea de sine pozitivă cu preluarea iniţiativei** de către subiectul însuşi. De exemplu a cere, a iniţia o conversaţie.

De obicei, în timpul vieţii, în comunicare se constituie modele stabile de conduită, cu caracteristici bine definite de expresie verbală şi non-verbală. Printre acestea se enumeră: contactul vizual, poziţia corpului, distanţa, gesturile, expresia feţii, particularităţile vocii (tonul, fluenţa, ritmul de expunere), ascultarea şi conţinutul discursului.

Acestea pot fi considerate drept modele de răspuns la anxietatea produsă de întâlnirea cu un altul [J. Heron 1986], definită drept indispoziţie, în combaterea căreia intervin abilităţile sociale [J. Boisvert şi M. Baudry 1988]. Modelele de comunicare şi gradul de asertivitate au rădăcini mai adânci în filosofia şi atitudinea faţă de viaţă, personalitatea fiecăruia. Din perspectiva analizei tranzacţionale, procesul de afirmare a fost analizat pe axa dominanţă/supunere în termenii de: scop, conţinutul mesajului, gânduri ascunse, de fundal, răsplata obţinută şi preţul plătit.

13.3.2. Tipologia comportamentelor de afirmare socială. R. Alberti şi M. Emmons [1982] au diferenţiat între: a) comportamentul **non-asertiv** sau inhibat în care individul se neagă pe sine; b) comportamentul **agresiv,** în care individul se autofavorizează pe socoteala altuia; c) comportamentul **asertiv,** prin care persoana

se autofavorizează în timpul interacțiunii într-un mod care ajută ambele părți. Se mai adaugă și comportamentul **manipulator**, în care individul se autofavorizează pe seama altuia, fără ca acesta să perceapă [J. Boisvert și M. Baudry 1978].

a) **Comportamentul pasiv, non-asertiv** implică negarea drepturilor proprii rezultată din refuzul exprimării oneste a gândurilor și convingerilor. Acesta corespunde unui stil autodestructiv, de scuză, de autonegare, generator de indiferență, lipsă de considerație, dispreț, manipulare, abuz din partea altora. Alan Poole [1997] pune accentul asupra lipsei de onestitate, de autenticitate a mesajului, ce ar trebui să exprime gânduri, emoții sau dorințe reale. Oamenii pasivi sunt înspăimântați că afimarea de sine ar putea să displacă altora, ar putea să îi înfurie, iar ei ar putea să fie pedepsiți, ar pierde aprobarea și sprijinul celorlalți. În fapt, tocmai prin pasivitate și acceptare excesivă persoanele non-asertive sunt taxate drept nesincere și au adesea dificultăți în a câștiga respectul și aprecierea altora.

În atitudinea față de lume pasivitatea este, de obicei, neuniformă, coexistând arii de non-asertivitate cu altele de conduită obișnuită, ceea ce impune delimitarea cu atenție a zonelor afectate.

Cel care răspunde pasiv permite altora "să treacă peste el", "să îl calce în picioare", lasă pe alții să ia hotărâri în locul său, nu cere nimic pentru sine. Persoanele non-asertive simt că ele nu au nici un control asupra anxietății proprii, că aceasta le controlează și le imobilizează. Anxietatea nu permite nevoilor proprii să treacă înaintea celor ale altora sau să fie considerate la fel de importante, chiar dacă presiunea acestora va fi resimțită dureros mai târziu. Aceste persoane se simt inhibate, neajutorate, fără putere. Pasivitatea este frecvent un răspuns învățat la abuzuri, la neglijarea din partea altora, fiind frecvent întâlnită la victime. Ea reprezintă un indicator al slabei stime de sine [A. Poole 1997].

Comportamentul pasiv, non-asertiv, a fost asociat depresiei. Cea mai evidentă diferență față de normal a fost semnalată în situațiile în care persoanele depresive sunt criticate [P. Lewinsohn, 1974]. Spre deosebire de cei normali, depresivii nu se apără și preferă să se retragă din situația respectivă. În plus, ei au puține contacte sociale și, implicit, au un suport social mai redus.

Caracteristicile verbale și nonverbale ale comportamentului pasiv non-asertiv includ câteva strategii de comunicare, cum ar fi: a divaga, a te învârti în jurul subiectului, a evita să spui ceea ce dorești, a fi vag, neclar în formularea unei cereri, a utiliza formule exagerate de politețe sau chiar scuze la deschiderea discuției: "Dacă nu vă deranjează prea mult..."; "Aș..."; "V-ar place să..."; "Faceți cum vreți Dvs... cum decideți...", toate exprimate cu vocea moale, nesigură, privirea nefocalizată, umerii lăsați într-o postură de resemnare, retragere. Ca și cum ar fi rușinați, unii își acoperă gura cu mâna în timpul conversației sau încearcă prin zâmbete sau râs nervos să modereze conținutul serios, neplăcut al mesajului propriu. În alte cazuri, persoana poate să își frângă mâinile, să se arate pierdută. În

unele situații, chiar dacă interesele sale sunt lezate, subiectul poate să lase lucrurile să se desfășoare fără comentarii, atitudini clare sau intervenții de apărare.

Scopul comportamentului non-asertiv este de a liniști pe alții, de a evita orice ciocnire sau conflict.

Mesajul comunicat interlocutorului este: "Eu nu contez"; "Trăirile, ideile mele sunt mai puțin importante decât ale tale"; "Am să iau în considerare tot ce vine de la tine"; Eu nu sunt OK, tu ești OK" etc. În spatele aparentei supuneri se află gânduri ascunse, prin care subiectul comunică interlocutorului: "Înțelege nevoile mele și ai grijă de mine. Eu te protejez de orice atingere, eu nu vreau să pierd afecțiunea ta.".

Răsplata este aprecierea din partea celorlalți pentru lipsă de egoism. Subiectul non-asertiv este considerat un bun tovarăș, iar dacă lucrurile merg prost, fiind fără responsabilitate, va fi rareori certat. El va fi protejat de alții care îi vor purta de grijă.

Prețul este dat de relațiile umilitoare, de supunere, rezultate din cedări, din acceptarea unor solicitări nerezonabile, relații al căror model este foarte greu de schimbat întrucât, în ochii celorlalți, s-a creat imaginea de persoană plăcută, iubitoare, bună, răbdătoare, care acceptă orice. La persoanele non-asertive este clasică spaima de respingere, de critică, de gura lumii, exprimată foarte bine în întrebarea retorică: "Ce o să zică lumea?". Pentru a o combate, aceste persoane încearcă să câștige aprobarea și simpatia prin pasivitate și supunere. Dependente de opinia altora, persoanele submisive riscă să își piardă prietenii, pentru că pot fi percepute ca duplicitare, lingușitoare, false. Conflictele au fost ascunse iar exprimarea nemulțumirilor amânată sau evitată.

În schimb, în interior există un grad de reprimare a nemulțumirilor, câteodată mânie, ce răzbate pieziș sau aluziv către suprafață. Adevăratele sentimente de iubire, de prietenie, au fost diminuate. Pe undeva, subiectul se disprețuiește. Comportamentul de ascunziș, pasiv, nu mai corespunde epocii actuale. El rezultă din educația prea protocolară, restrictivă, din familie și școală, care condamnă afirmarea, autonomia, punctele de vedere proprii.

b) **Comportamentul agresiv** implică o poziție fermă în favoarea drepturilor proprii, exprimarea gândurilor și trăirilor într-un mod inadecvat, care încalcă pe cele ale altora [P. Burnard 1981]. După întâlnirea cu o persoană agresivă oamenii se simt lezați, intră în tensiune. Superioritatea agresivului se realizează prin umilirea și controlul celorlalți. După A. Poole [1997], agresivitatea ar include o anumită onestitate emoțională, fiind expresia mâniei, a frustrației. Ea se descarcă în detrimentul altuia, împiedicând dezvoltarea unei comunicări și a unui dialog productiv. În fapt, nu pot fi excluse și alte variante, în care agresivitatea ascunde lipsa de onestitate, egoismul.

Onestitatea şi directivitatea emoţională ar putea fi aspecte pozitive ale comportamentului agresiv (exemplu: "I-am spus-o verde în faţă!" aşa cum se spune în popor), însă efectele sale negative de intimidare, mâniere, tulburare, înspăimântare, rănire, închiderea gurii altor persoane, diferenţiază agresivitatea de adevărata asertivitate.

Limbajul agresiv poate să nu aibă nici o justificare logică sau emoţională, fiind o simplă manevră în vederea rănirii sau asigurării controlului altuia. O conduită înrudită este îmbufnarea sau tăcerea ostentativă. În cazul îmbufnării, agresivitatea este învăluită în pasivitate. Comportamentul agresiv poate fi răspunsul la o stimă de sine joasă. Agresorii cred că ei nu sunt capabili sau credibili pentru a-şi atinge scopurile prin metode asertive, pe cale obişnuită.

Caracteristicile verbale şi nonverbale ale comportamentului agresiv sunt: corpul aplecat înainte ofensiv, invadarea spaţiului personal al interlocutorului într-un mod ostentativ, băgăcios, privirea fixată insistent asupra celuilalt până acesta renunţă şi o coboară. Vocea poate fi stridentă, răstită, sarcastică, condescendentă, nepăsătoare. Gesturile sunt de părinte nemulţumit, "normativ", care arată acuzator cu degetul spre vinovat.

Remarcile sunt directe, cuprinzând critici, comentarii evaluative negative: "Ar trebui să..."; "Ai început să te porţi ca... prost... îţi merge rău!". Ameninţările sunt fie voalate: "Ai face bine să fii atent!"; "Altfel... dacă nu...", fie directe, înjositoare: "Nu fii idiot!"; Vezi cum te porţi?"; "Îţi baţi joc!"; "Nu ai fost în stare de nimic!", fie remarci răutăcioase, piezişe: "femeile... tinerii... ţiganii...".

Scopul este dominarea, câştigul, controlul asupra altor persoane sau pedepsirea lor, chiar dacă el este învăluit în motivaţii posibil umanitare (să îl ajute pe un altul, să îl educe etc.).

Mesajul comunicat este: "Aşa gândesc eu, ceea ce cred eu, ceea ce simt eu, ceea ce vreau eu. Ce este cu tine nu mă interesează. Eu sunt OK, pe linia corectă justă, tu nu eşti OK, ai greşit, eşti incapabil". Gândurile ascunse sunt: " Eu sunt cel tare şi mare, am să te domin şi nu am să-ţi dau nici o şansă să mă învingi".

Răsplata este reuşita de a face pe alţii să asculte de poruncile sale. Viaţa agresivului tinde să se desfăşoare după cum o doreşte, de aceea apare sentimentul de control asupra evenimentelor, de siguranţă asupra împlinirii nevoilor şi obţinerii obiectelor râvnite. El este puţin vulnerabil în lumea competiţiei şi a ostilităţii.

Preţul este crearea de inamici, dezvoltarea fricii subiacente, apariţia unui simţ al paranoiei prin prisma căruia este percepută o atmosferă de pericol, se amplifică nevoia de punere în gardă, suspiciunea. Se produce înstrăinarea, apare nevoia epuizantă de autosupraveghere şi de urmărire a celorlalţi, lipseşte relaxarea.

Printre sursele de comportament agresiv se află relaţiile prea strânse în care apare modelul dominanţă/supunere, în viaţa conjugală, între generaţii etc. Tensiunea de ostilitate din partea celui controlat, exprimată adesea numai pe cale

nonverbală, îl poate scoate din sărite pe agresiv. Câteodată cel controlat descoperă şi exploatează fisurile, punctele slabe ale personalităţii persoanei autoritare, agresive. Este elocvent exemplul bunicii furioase care s-a prezentat la internare cu un copil de 8 ani, hiperkinetic, considerat "imposibil" de stăpânit, în ciuda nenumăratelor tratamente pe care le primise. Copilul dezvoltase un subtil sistem de umilire. El punea mâna de zeci sau sute de ori pe toate lucrurile care îi erau interzise, întrebând aparent candid de fiecare dată: "Ce este asta?"

c) **Comportamentul manipulator** reprezintă orice tentativă de a satisface dorinţele cuiva prin mijloace neexplicite sau mascate, prin stimularea unui comportament dorit la alţii prin ajutorul vicleniei, al trucurilor, înşelăciunii, a lipsei de onestitate, laudelor, promisiunilor, iar la nevoie a ameninţărilor. Scopul comportamentului manipulator este de a controla trăirile, convingerile sau acţiunile altora, de a obţine avantaje, de a exploata pe alţii. Toate minciunile sunt tentative de manipulare. Comportamentul agresiv reprezintă adesea o manipulare, presupusa indignare şi mânie fiind neautentice. Acestea sunt "jucate" cu abilitate pentru obţinerea unei direcţii particulare a acţiunii. Manipularea se întâlneşte frecvent la copil şi adolescent. Comportamentul manipulator nu respectă pe alţii şi drepturile lor, ţine cont numai de propriile interese. Comunicarea propriilor interese în afară este neclară, învăluită într-o manieră mistificatoare. Prin comunicare se încearcă impresionarea, persuadarea, influenţarea. Comportamentul este eficace pentru atingerea unui scop. Produce o stare de bună dispoziţie şi satisfacţie persoanei respective şi, în final, de frustraţie celorlalţi. Manipularea poate fi utilizată pasiv sau defensiv, prin digresiuni, deturnări ale conversaţiei pentru a permite/împiedica dezvăluirea sau confruntarea cu situaţii, fapte, trăiri nonconfortabile. Este dificil de detectat de către persoanele neavizate şi este facilitată de emoţiile foarte pozitive, ca încrederea şi dragostea. Comportamentele manipulative pot fi învăţate în familie, prin exemplul sau la îndemnul părinţilor, care încearcă să-şi controleze copiii. Manipularea este un alt tip de răspuns la stima joasă de sine, iar folosirea ei perpetuează această situaţie, pentru că manipulatorul este forţat să îşi ascundă adevărata personalitate faţă de alţii.

Caracteristicile nonverbale şi verbale. După J. Boisvert şi M. Baudry [1978], manipulatorul are, după circumstanţe, o privire alunecoasă sau dominatoare, în raport cu poziţia celuilalt postura sa este fie umilă, fie impozantă, are gesturi afirmative, pasive sau agresive în raport cu slăbiciunile interlocutorului, expresia sa facială nu lasă niciodată să se vadă scopurile urmărite, vocea este fie prea joasă, fie prea ridicată. Comportamentul manipulator este mai degrabă proteiform, schimbător, iar discursul este astfel aranjat încât să se potrivească aşteptărilor, iluziilor victimei. El cuprinde laude, promisiuni, planuri etc., în care victimei i se rezervă un rol important.

d) Comportamentul de afirmare (asertiv) presupune să stai ferm în apărarea propriilor drepturi, să exprimi onest şi spontan gândurile, trăirile, convingerile, într-un mod care să respecte în mod explicit poziţia, punctul de vedere şi drepturile celorlalţi. Reprezintă o poziţie de tărie şi autoînţelegere care oferă oportunitatea altor persoane de a avea şi ele asertivitate [A Poole 1997].

O persoană asertivă evaluează o situaţie, decide cum să acţioneze şi răspunde fără anxietate şi vinovăţie, îşi asumă responsabilitatea opţiunilor şi acţiunilor sale. Exemplu: "Aşa am vrut eu, aşa am crezut eu, aşa am decis eu!".

Persoana asertivă îşi recunoaşte nevoile şi întreabă tot ce doreşte în mod deschis şi direct: "Pot să fac...?". Dacă este refuzată, persoana asertivă poate să se simtă nemulţumită, întristată, dar părerea despre sine nu se schimbă, nu se bazează pe aprobarea altora. Ea îşi ancorează încrederea adânc în sine, în propria persoană. Persoana asertivă ştie să câştige încrederea altora. Ea îi învaţă pe ceilalţi modul civilizat în care doreşte să fie tratată.

Afirmarea de sine este un comportament învăţat, care se câştigă prin practică şi suport din partea celorlalţi. Ea constă în mai multe abilităţi: de a primi şi a dărui complimente, de a critica sau aprecia efectiv, de a exprima deschis dorinţele şi deciziile, dublată de voinţa de a accepta şi răspunsuri negative, de a asculta activ, de a exterioriza deschis emoţiile, capacitatea de a rămâne în dezacord sau în conflict, menţinând respectul mutual, de a accepta un proces de mediere.

Un punct definitoriu al afirmării de sine este capacitatea de a realiza o critică efectivă, constructivă. O critică de calitate poate fi efectuată sau receptată corect pe un teren propice de toleranţă, încredere în sine, răbdare, calm, stimă de sine. Înainte de a începe criticarea altuia, trebuie să îi fie testată suportabilitatea.

- Locul discuţiei trebuie să fie neutru, discret, liniştit, pentru ca ambii participanţi să se simtă confortabil.

- Este necesar să se rezerve un timp suficient de discuţie.

- Critica trebuie să fie la obiect, concretă, cu exemple clare de acţiuni dezagreabile, cele spuse să fie relevante, să conţină sugestii de îmbunătăţire sincere şi clare, să fie realistă, să se limiteze la ariile ce stau în puterea persoanei criticate de a le schimba, să fie făcută la timp, în intervalul de câteva zile de la momentul faptei.

- Pentru a fi acceptată, critica trebuie să fie social adecvată la raporturile reale de putere şi afecţiune. Este mai uşor să se accepte o critică venită de pe o poziţie de dragoste, de grijă, decât una din partea unui străin, pentru că simpatia neutralizează ameninţarea ce răzbate din orice act de critică. În orice situaţie, critica trebuie ponderată, echilibrată de aprecieri pozitive.

Printre elementele cele mai sensibile ale unei atitudini asertive se enumeră şi folosirea adecvată a aprobării, a implicării, a lui "Da" şi a refuzului, a lui "Nu". A

spune "Nu" este esenţial pentru a defini o poziţie şi a contracara încercările de manipulare.

Formula uzuală este alcătuită din 3 componente: **introducerea** (opţională), prin care se exprimă respectul şi grija pentru sentimentele celuilalt; **conţinutul** - un "Nu" clar şi direct şi **încheierea** în care este prezintată propria decizie şi în care se poate oferi o alternativă. Formulările de tipul "Aş merge, dar...", sunt interpretate drept falsităţi, încercări de manipulare, iar scuzele, posibil asociate cu "a cere iertare" exprimă slăbiciune, pasivitate şi stimulează agresivitatea celuilalt.

Dacă un "Nu" simplu nu este eficace, A. Poole [1997] propune următoarele strategii alternative:

- se repetă calm poziţia fără a permite celuilalt să schimbe subiectul discuţiei;

- se poate admite existenţa unei erori, dar ea este disociată de hotărârea actuală;

- se pune întrebarea retorică asupra eventualelor consecinţe ale refuzului;

- se discută asupra presiunii reprezentate de către cerere;

- se oferă o mică autocritică dar se menţine refuzul;

- se amână răspunsul pentru a reduce supărarea interlocutorului.

Asertivitatea nu presupune neapărat obţinerea a ceea ce se doreşte. Ea favorizează înţelegerea sau comunicarea, dar nu presupune neapărat persuasiune.

Conduita asertivă corespunde maturizării, vârstei de adult şi e capabilă să rezolve situaţiile, să ofere libertate în spirit şi faptă. Ea se opune relaţiilor de tip posesiv, îmbâcsite, binecunoscute în viaţa familială şi socială, mai caracteristice sexului femenin, situaţiilor de dependenţă ce produc trăiri de neajutorare.

Înfăţişarea persoanelor asertive sugerează siguranţă, încredere în sine, înţelegere pentru alţii, atenţie, ascultare atentă. În contactul vizual, o persoană asertivă este capabilă să menţină privirea către o altă persoană, calmă, neamenin-ţătoare, ca de la egal la egal, în poziţia faţă în faţă, fără a fixa grosolan partenerul.

Distanţa este optimă pentru a crea o senzaţie de confort, siguranţă şi egalitate, păstrând trăirea de participare. În comparaţie, la nonasertivi îndepărtarea este excesivă, creând impresia de marginalizare, de detaşare, iar la agresivi spaţiul interpersonal este încălcat. Se ştie că există o relaţie între distanţa pusă de subiect între el şi alte persoane, din care rezultă gradul de confort interior şi trăirea de demnitate. Această distanţă este reglată cultural, existând tendinţe la agregare şi de apropiere excesivă la ţigani şi de distanţare între străini, persoane de naţionalităţi diferite, la care se adaugă şi un factor personal legat de stilul relaţional al fiecăruia.

Utilizarea adecvată a mâinilor şi a gesturilor favorizează expresivitatea, sublinierea, căldura, trăirea de deschidere. Lipsa de mobilitate a mâinilor şi braţelor, poziţiile încordate pot sugera scăderea încrederii şi a spontaneităţii. Un asertiv stă pe scaun confortabil, liniştit, cu trunchiul drept, fără foieli.

Vocea sa este relaxată, mai puternică, adaptată situației; ea poate să fie fermă, fără să fie răstită. Există o concordanță între tonul vocii, expresia facială și conținutul discursului. O persoană cu mimică neconcordantă este considerată nonasertivă.

O persoană este percepută drept asertivă dacă discursul său are o fluență firească și păstrează un ton egal. Cei care fac pauze, au poticneli în discuție sunt considerați mai puțin asertivi. Stilul ascultării arată că persoana asertivă este și un bun ascultător și posedă abilitatea de a construi o conversație. Persoana asertivă nu este precipitată, intempestivă, nu întrerupe excesiv interlocutorul și nu face pauze îndelungate între afirmații

Conținutul va fi adecvat la situația imediată, în contextul socio-cultural dat. O persoană asertivă se prezintă natural, spontan, nu își supraveghează atent fiecare mișcare, pentru că poate apărea drept preocupată, înfricoșată.

Discursul este personalizat prin utilizarea frecventă a pronumelui personal "Eu...", "Mie îmi place...", "Mie mi-ar plăcea...", "Eu cred...", "Eu gândesc...". Există numeroase fraze de cooperare: "Cum am putea să rezolvăm asta?", formule de interes: "Ce gândești tu despre asta?". Preferințele și dorințele sunt exprimate deschis. Răspunsurile sunt la obiect, cuprinzând mesajul necesar, concentrat asupra problemei în discuție, frazele mai lungi, sunt solicitate mai frecvent schimbări în comportamentul altora [J. Boisvert, M. Baudry 1978].

În definirea comportamentului asertiv atrage atenția personalizarea prin utilizarea frecventă a cuvântului "Eu", aflată în profundă contradicție cu axiomele poziției de apărare, nonasertive, definite prin "Să-ți ții gura". Atitudinile asertive pot să apară ca o lipsă de modestie în comparație cu impersonalul "Noi", prin care se sprijină și se ascund nonasertivii.

Cei asertivi sunt destinși, își creează o securitate internă, simt că au făcut ce și cum trebuia făcut. De aceea stressul întâlnirii lor cu alții este mai mic, ei sunt mai bine auziți decât cei ce utilizează alte modele de comunicare.

Scopul discursului asertiv este de a prezenta persoana așa cum este, de a crea puncte de contact oneste, de a obține cooperarea cu alții în condiții rezonabile. Este firesc să-ți exprimi direct nevoile, să-ți spui părerile.

Mesajul comunicat este: "Asta este ceea ce gândesc eu. Acesta este modul în care simt eu, în care văd eu situația. Cum ești tu? Eu sunt OK, tu ești OK? Dacă tu ai nevoie de un conflict eu sunt gata să explorez diferențele și aș putea fi pregătit pentru compromis.". Mesajul include drept gânduri ascunse: "Eu nu voi permite să iei vreun avantaj față de mine și nu te voi ataca pentru ceea ce ești" și tu să utilizezi formulări de genul: "eu cred... eu simt... eu gândesc...".

Răsplata este: "Cu cât te prezinți mai ferm luptându-te pentru tine însuți și acționezi într-un mod prin care te respecți, cu atât e mai înaltă stima de sine.

Șansele de a obține ceea ce dorești de la viață se îmbunătățesc mult când le comunici altora ce dorești tu, când îți aperi drepturile și nevoile.". Exprimând la timp sentimentele negative nu se mai constituie resentimentele, trăirile rămânând la nivel de dezamăgire. Există mai puțină autoanaliză, anxietate și nevoie de control.

Prețul trecerii către asertivitate al unei persoane nonasertive este adesea ridicat. Relațiile anterioare pot fi sensibil tulburate, atât cele cu prietenii cât și cele cu unii membri ai familiei care profitaseră de lipsa anterioară de afirmare. Ei ar putea să se îndepărteze, să se înspăimânte, să critice schimbările, să saboteze eforturile. Subiectul este perceput ca fiind mai urâcios, mai intolerant, poate rigid sau prea direct. Se dezvăluie un ins cu dorințe proprii, care nu mai acceptă să fie ignorat, condus mecanic sau manipulat. Efortul de schimbare implică nu numai modificarea atitudinii actuale, el merge către profunzime pentru a afecta/reconstrui convingerile, filosofia de viață, valorile anterioare impuse prin educație, încă din copilărie.

Diferențele în limbaj dintre cele trei stiluri: 1) nonasertiv, 2) agresiv, 3) asertiv, se observă mai bine în confruntarea cu alte persoane [R. Nelson-Jones 1990], după cum reiese din exemplele următoare:

A. Soțului care se întoarce târziu acasă soția îi spune:

1. "E ceva despre care aș vrea să ți vorbesc... nu știu cum să-ți spun... nu te supăra pentru ceea ce am să-ți spun...";

2. "Ceea ce faci mă enervează. Dacă ai avea cel mai mic bun simț nu ai mai veni așa târziu acasă... dar asta e tipic pentru tine";

3. "Aș prefera să vii acasă ceva mai devreme...";

B. Aflată într-o stare de conflict conjugal, soția îi spune soțului:

1. "Nu mă aștept să-ți placă asta, însă e mai bine să o spun decât să tac... pe de altă parte e mai bine să nu spun nimic";

2. "O să termin cu tine... Tu nu știi nici măcar ce mă supără... nu te interesează persoana mea...";

3. "Sunt furioasă și vreau să discutăm despre relațiile noastre, să le clarificăm";

C. Șeful către un funcționar:

1. "Știu că ești foarte ocupat și nu vreau să te mai încarc... Poate ar trebui să vorbesc cu altcineva...";

2. "Aici fiecare este ocupat. Eu nu știu de ce ți se pare că ai fi un tip atât de deosebit. Eu vreau să îți dau altă lucrare";

3. "Mi-ar plăcea să iei în atenție modul în care evoluează cazul familiei Ionescu.

13.3.3. Slaba afirmare de sine are efecte negative asupra abilităţilor de comunicare. Aceasta poate să rezulte, după M. Woodcock şi D. Francis [1982], din prezenţa unor obstacole precum:

1) lipsa de practică: nu au fost verificate în practică limitele de toleranţă ale altora pentru a descoperi dacă subiectul poate fi mai asertiv, mai ales datorită riscurilor mari de pedepsire a celor cu opinii proprii în şcoală sau în întreprindere;

2) lipsa de formare/educare în această direcţie, exemplul unor părinţi cu comportament nonasertiv, care duce la apariţia de familii conformiste nonasertive;

3) neclaritatea mesajului;

4) frica de ostilitatea altora, de răspunsurile mânioase, negative ale altora;

5) autosubaprecierea;

6) prezentare săracă, vagă, neimpresivă, emotivă, confuză, neclară;

7) necunoaşterea drepturilor personale.

13.3.4. Evaluarea gradului de asertivitate se realizează în două etape. La început nonasertivitatea este percepută difuz, "în mare", în timpul interviului preliminar. Dacă se obţine imaginii unei persoane inhibate, suferinde, prinsă în plasa unei relaţii posesive, de subordonare, faţă de care reacţionează indecvat prin modelul pasiv de conduită, prin supunere, conformism frecvent împovărat de depresie, reacţii anxioase sau somatizări, se poate trece la o evaluare mai ţintită cu ajutorul unui interviu structurat. Acesta va preciza gradul de nonasertivitate, zonele de reacţie slabă, inhibată, va determina dacă tulburările sunt sau nu de intensitate clinică. În cazul în care reprezintă un obstacol semnificativ în viaţa persoanei, ele pot fi corectate cu ajutorul unui program de dezvoltare a asertivităţii.

Pentru alcătuirea unui program de asertivitate este nevoie de circumscrierea exactă a ariilor şi situaţiilor de nonasertivitate cu ajutorul scalelor de asertivitate care permit măsurarea gradului de jenă, de blocaj, printr-o scală de intensitate în 3-5 puncte.

Înainte de a trece la aplicarea programului este necesară şi stabilirea cauzelor blocajului asertivităţii fireşti prin utilizarea de întrebări de clarificare, cum ar fi: "Ce vă împiedică să fiţi asertiv(ă)?". Drept cauze ale nonasertivităţii ar putea fi luate în considerare: a) frica de respingere, de represalii, de răzbunare; b) frica de propria inadecvare situaţională; c) sentimentul propriei "micimi", trăirea umilitoare că alţii sunt mai importanţi.

Alte întrebări cheie se referă la evaluarea imaginativă a riscurilor şi a consecinţelor schimbării, aşa cum sunt ele percepute de subiect. Ele ar putea să sune astfel: "Ce crezi că ar trebui întreprins ca să devii mai asertiv?", "Există vreun pericol pentru sau din partea celor din jur dacă te schimbi şi începi să le spui părerile tale adevărate?".

În continuare ar trebui evaluate atât slăbiciunile cât şi tăriile clientului, ultimele fiind la o primă impresie estompate sau chiar inexistente. Pentru a fi identificate este nevoie de analiza amănunţită a mai multor situaţii cu desfăşurare diferită: a unora în care clientul a avut tăria de a înfrunta împrejurările potrivnice dar şi a altora în care el a cedat şi s-a comportat lamentabil.

Indicaţii. Asertivitatea trebuie crescută la timizi, alcoolici cronici, depresivi, anxioşi, la persoanele cu probleme de adaptare socială rezultată din incapacitatea lor de a se impune în faţa celorlalţi, la suferinzii psihosomatic, migrenoşi etc.

13.3.5. Învăţarea asertivităţii se poate realiza prin intervenţia terapeutică. Aceasta poate fi: **directă** sistematică, în conformitate cu modelul behaviorist sau **indirectă,** prin intermediul metodelor expresive, ca: stimularea participării la discuţii, psihodramă, terapie de joc etc.

13.3.6. Programe sistematice. Asertivitatea se învaţă într-un program asemănător cu cel destinat altor abilităţi sociale. Programul de învăţare trebuie să cuprindă următoarele 5 etape [J. Powell şi S. Enright 1990]:

a) **Înţelegerea mecanismelor** ce stau la baza acestei abordări. Se discută despre importanţa comportamentului asertiv şi se identifică cel puţin 4 componente ale comportamentului asertiv, şi anume: intenţia, comportamentul, efectele şi contextul R. Alberti şi M. Emmons [1982].

b) **Recunoaşterea diferitelor stiluri de comunicare** întâlnite în viaţa obişnuită, prin exemplificarea lor de către terapeut. Apoi se evaluează capacităţile asertive ale subiectului în raport cu autoevaluarea proprie dar, şi mai concret, prin verificarea gradului lor de adecvare situaţională prin intermediul jocului cu roluri, prezentarea conduitei sale în raport cu ceilalţi în diferite contexte.

c) **Selectarea comportamentelor deficitare şi identificarea situaţiilor specifice în care subiectul ar dori să fie mai asertiv** (la serviciu, în public, în familie, între prieteni). Aceste comportamente vor fi apoi ierarhizate cu ajutorul scalelor de evaluare în raport cu gradul de inadecvare, de jenă, cu intensitatea frustraţiei.

Alegerea comportamentului care va fi atacat la început depinde nu numai de gradul de frustraţie şi de suferinţă generat de situaţia respectivă, de frecvenţa sa, ci şi de dorinţa reală a clientului de a se confrunta de la început cu o trăire negativă intensă, greu de schimbat.

De aceea, este preferabil ca programul de asertivitate să înceapă cu situaţii mai simple, mai puţin încărcate de tensiune, în care să se exprime atitudini concrete, de mici dimensiuni, cum ar fi utilizarea adecvată şi onestă a cuvintelor "Da" sau "Nu", în raport cu ceea ce simte în momentul respectiv ca, de exemplu, la magazin. Urmează ca, pe măsura reuşitei, subiectul să se angajeze în conduite

mai complexe, mai elaborate. Situaţiile alese trebuie să fie destul de frecvente, iar în cazul reţinerilor crescute se poate începe prin afirmarea pozitivă cu emiterea de complimente, prin anunţul deschis al participării prin expresia "Da".

Printre situaţiile propuse pentru introducerea afirmării de sine se enumeră: a) a răspunde asertiv partenerului de căsătorie; b) a nu răspunde agresiv într-o discuţie; c) a returna mâncarea sau obiectul nesatisfăcător la restaurant sau magazin; d) a fi în stare să facă o mică expunere, să prezinte ceva; e) a face un compliment cuiva.

În etapa de alegere a ariei de abordat se pot dezvălui inhibiţii uimitor de intense, multe neconştientizate, care impun parcurgerea unei etape de clarificare şi prelucrare a trăirilor profunde de inadecvare şi utilizarea de încurajări foarte susţinute pentru deblocarea procesul de decizie. În asemenea cazuri se utilizează tehnica alternativă indirectă de stimulare a asertivităţii, menţionată mai jos.

d) **Definirea noului rol mai asertiv,** care presupune compunerea sa cu luarea în considerare a particularităţilor situaţiei, a diferiţilor indicatori verbali şi nonverbali. După discutarea sa cu terapeutul, clientul poate începe prin imaginarea noului rol. El poate fi rugat să închidă ochii şi să vizualizeze noua sa postură.

În ceea ce priveşte jocul de roluri, R. Nelson-Jones [1990] propune ca pentru a înţelege mai bine schimbarea şi a o reprezenta mai concret, clientul să se comporte la început în stilul său obişnuit, ba chiar mai nonasertiv ca de obicei, posibil cu ajutorul terapeutului. Abia apoi, în a doua etapă, se va construi noul rol, care se va juca în mod repetat, gradat, din ce în ce mai asertiv. În această etapă, înregistrările video permit observarea calităţii comportamentului de către emiţătorul însuşi.

e) **Transferarea în lumea reală.** Se efectuează exersări repetate până se ajunge la un grad de siguranţă de sine prin jucarea rolului în prezenţa terapeutului sau în grupul de învăţare. Este importantă îndeplinirea cu conştiinciozitate a temelor pentru acasă, feedback-ul primit după evaluarea comună în cadrul şedinţei de terapie, întărind motivaţia de perfecţionare a asertivităţii. Se va menţine orientarea descrisă la învăţarea abilităţilor sociale.

Se descriu 3 stadii în asimilarea şi practicarea comportamentului asertiv, şi anume:

1. Persoana nu este conştientă de comportamentul său şi de posibilele schimbări pe care le poate face pentru a deveni mai asertiv;

2. Persoana începe să aprecieze diferitele aspecte ale comportamentului non-asertiv dar şi asertiv, experimentează asertivitatea, este nesigură pe sine, devine stângace, se automonitorizează, devenind foarte conştientă de mizã. Este un stadiu dureros;

3. Persoana încorporează noile comportamente în repetoriul personal. Ele devin obişnuite, subiectul uită să se mai supravegheze, dar este perceput în afară ca

fiind mai asertiv. Aceste comportamente pot deveni părţi "naturale" ale persoanei. În atingerea acestei etape sunt importante jocul de roluri, exprimarea în public, în grup, în faţa unui auditoriu etc.

Monitorizarea de către terapeut pentru o perioadă ceva mai îndelungată, de luni de zile, este menită să reducă tentaţia reîntoarcerii la vechiul stil relaţional protectiv, nonasertiv, revenirea la rolul de servitor supus al nevoilor altora.

13.3.7. Dezvoltarea indirectă a asertivităţii. O alternativă valoroasă este reprezentată de stimularea indirectă a asertivităţii prin tehnica terapiei de joc non-directive, prin psihodramă, ascultare empatică şi încurajare.

Astfel, timizii care nu conştientizează suficient poziţia lor nonasertivă, fiind adaptaţi stilului lor de viaţă actual, pot să parcurgă, fără vreun comentariu, o primă etapă, în care este favorizată expunerea punctului lor de vedere. Chiar dacă vorbesc încet, cu ezitări, ei vor fi încurajaţi prin aprobarea nonverbală, fără interpretări, evaluându-se capacitatea de angajare în expunere, fermitatea tonului, cursivitatea şi ritmul vorbirii. Opiniile lor vor fi acceptate, chiar dacă ele exprimă multe inepţii.

Abia după 2-3 şedinţe, după ce s-au acomodat cu auditoriul şi au căpătat aplomb ca urmare a pasivităţii terapeutului, timizii pot fi provocaţi prin solicitarea de clarificări, ceea ce îi va pune în poziţia cea mai favorabilă, şi anume cea de "profesori". Pe osatura acestui nou rol ei pot să intre în rolul de persoană activă, asertivă, care începe să aibă iniţiative.

În cazul terapiei de joc nondirective, timidul, copil sau adolescent, îşi construieşte scenarii în care se prezintă ca stăpân, profesor, părinte, justiţiar. El exprimă astfel puncte de vedere autoritare, agresive, prin intermediul personajelor, a jocului cu roluri. Pe lângă eliberarea de tensiunile emoţionale transferenţiale, se construieşte o nouă demnitate şi se realizează rolurile visate.

Contează foarte mult poziţia neutru-binevoitoare, permisivă a terapeutului şi, eventual, a altor adulţi faţă de unele manifestări mai spectaculoase din timpul şedinţei de psihoterapie. După puţine ore de terapie se produc schimbări în comportamentul dintre şedinţe, cei timizi căpătă curaj, devin mai îndrăzneţi, iau iniţiative, încep să se apere mai bine, fapt care surprinde şi poate chiar îngrijora un părinte grijuliu. În mod asemănător acţionează implicarea în psihodramă.

13.4. REZOLVAREA CONFLICTELOR

Este un domeniu care s-a dezvoltat substanţial în ultimele decenii, cu aplicaţii în toate domeniile sociale, dar mai ales în relaţiile interpersonale din cadrul grupurilor mici, familie, echipe profesionale, caracterizate prin stabilitate şi un grad de intimitate. În ceea ce priveşte teoria conflictului, încă din antichitate

domina orientarea ce stimula confruntarea dintre părți, lupta deschisă sau indirectă, al cărui sfârșit însemna rezolvarea conflictului pe principiul învingător-învins, câștig-pierdere, prin victoria uneia dintre părți și instalarea unor relații de dominare.

Timpurile moderne au adus conceptul compromisului și principiul corolar al câștigului ambelor părți aflate în conflict, conform cărora fiecare câștigă câte ceva și pierde o parte din iluzia proprie de atotputernicie.

Aplicarea acestor concepte prin simulare în cazul conflictelor internaționale, cu ajutorul teoriei jocurilor, a dus la definirea celei mai productive orientări în cadrul "războiului rece". Teoria jocurilor a fost aplicată după 1983 [D.Myers 1988], confirmând ipoteza conform căreia în materie de conflict, cel care se încăpățânează să câștige poate să piardă tot. Astfel, cercetarea psihologică a contribuit la încheierea cursei înarmărilor și a eliminat teoria "echilibrului terorii", pe care se baza politica marilor puteri de după cel de-al doilea război mondial.

Principiul "câștig la câștig" sau, mai plastic, "și/și", adică "câștigi și Tu dar și Eu", se opune binecunoscutului model antagonic, exprimat plastic prin de "ori/ori" sau "câștig ori Eu ori Tu".

13.4.1. Definiția conflictului. Termenul de conflict provine de la cuvântul latin *conflictus* care semnifică a lovi. În dicționarul limbii române [1978] el semnifică și neînțelegere, ciocnire de interese, dezacord, antagonism, ceartă, discuție violentă. Expresia "a intra în conflict" semnifică, de obicei, a se certa cu cineva.

Conflictul reprezintă un proces de interacțiune cu evoluție dinamică, adesea imprevizibilă, între două părți ce reprezintă poziții opuse. În conflictele interioare, atitudinile divergente, contradictorii, se ciocnesc într-un dureros dialog intern, în cadrul aceleași persoane, în timp ce conflictele exterioare au ca participanți persoane diferite sau grupuri, mergând până la nivel de națiune sau alianțe (vezi NATO). Întotdeauna se cristalizează în final două atitudini fundamental divergente sau antagonice, mergând până la incompatibilitate [D. Myers 1988,] ce au la origine diferențe de interese, idei sau sentimente.

Conflictele sunt o parte inerentă a relațiilor sociale și pot fi considerate banale, dar potențialul lor destructiv este remarcabil. De aceea, știința rezolvării favorabile a stărilor conflictuale reprezintă una din abilitățile cele mai valoroase pentru adaptarea socială. Știința rezolvării conflictelor este prin definiție unul din atributele profesiunii de sfătuitor. Acesta este chemat să găsească soluții care să împace părțile, să aducă echilibrul emoțional al clientului și, în final, să îi dezvolte abilitatea de a încheia stările conflictuale cu succes.

13.4.2. Manifestările stării conflictuale. Existența unor idei, sentimente și interese divergente poate fi acceptată fără comentarii, ca un dat firesc al existenței,

datorită toleranței și înțelepciunii celor implicați, care știu să respecte pe alții și drepturile lor. Conflictul, ca mod de rezolvare a diferențelor, se declanșează când lezarea reală sau subiectivă a unei părți atinge un prag intolerabil. După H. Cornelius și S. Faire [1996] există o anumită gradare în dezvoltarea conflictului, de la disconfort, către incidente, neînțelegeri, tensiune, până la criză.

Într-o primă fază, conflictul se coace, una dintre părți conștientizează existența diferențelor, a nedreptății, devine nemulțumită, frustrată, intră în starea de tensiune conflictuală și comunică celeilalte părți opiniile sale, prin ceea ce se numește îndeobște o ceartă. Aceasta este o discuție înfierbântată, cu aspect digresiv, dar care poate duce la clarificări folositoare, îndeamnă la reflecție, către găsirea unei soluții sau, din contră, crează, adâncește fisurile relaționale. O ceartă poate avea rezultate pozitive sau negative, în raport cu atitudinea destructivă sau folositoare a participanților. Ciocnirea din timpul certeții are, de obicei, o dinamică în 3 etape:

1) Începutul, în care se dezvăluie tensiunea conflictuală și iese la iveală tematica nemulțumirilor. Atitudinile pot fi:

a) destructive: fiecare plângere a unei părți este combătută de o contraplângere a celeilalte părți. Nu există nici cea mai mică indicație de acceptare sau justificare a punctului de vedere al celuilalt;

b) de ajutor: chiar dacă ambii participanți sunt în dezacord, fiecare parte ia cunoștință parțial de punctul de vedere al celuilalt, chiar dacă aceasta este exprimată numai prin indicatori subtili, ca ascultarea atentă sau datul din cap.

2) Cearta atinge apogeul, devenind foarte înfierbântată. Cele două atitudini pot căpăta un aspect:

a) destructiv: o parte interpretează incorect, distorsionat, ceea ce gândește și ce simte celălalt și apoi atacă gândurile sau trăirile exprimate de acesta ca fiind"false";

b) de ajutor: o parte interpretează corect mesajul, descriind onest ceea ce ce simte, chiar în momentele cele mai bulversante.

3) Cearta se domolește, apare tendința la negociere, iar atitudinile pot evalua astfel:

a) destructivă - orice propunere de compromis va fi neutralizată de o contrapropunere, nu există vreo acceptare dinspre partea opusă;

b) părțile își modifică punctele de vedere sau acceptă un compromis.

Cearta poate fi ceva superficial, epidermic. Ea constituie "sarea din bucate" în existența unor cupluri, încheindu-se fericit prin reîncălzirea legăturii sau "dulcea împăcare". În asemenea cazuri, cearta devine un mijloc de combatere a indiferenței, de creștere a tensiunii emoționale, o expresie a nevoii de apropiere a unor

persoane care s-au simţit neglijate sau neluate în seamă, neiubite îndeajuns. Alteori, certurile se agravează, tensiunea persistă şi generează trăiri durabile, profunde, ce stau la baza atitudinilor conflictuale.

Starea conflictuală produce emoţii foarte variate, cum ar fi: mânie, ostilitate, ură sau anxietate, frică, paralizie emoţională, depresie, stări de somatizare cu transferul anxietăţii în sfera suferinţelor somatice etc. Sunt cunoscute drept comportamente conflictuale sfidarea, îmbufnarea, retracţia, crizele de mânie cu sarcasm, ironie, ţipete, loviri, distrugeri de bunuri, agresiuni mergând până la crimă. Expresia stărilor de tensiune conflictuală este diferită, după atitudinea fundamentală adoptată de cei în cauză.

Persoanele pasive manifestă anxietate, frică, timiditate, represiune, somatizare, îmbufnare, retracţie, iar când tensiunea devine insuportabilă, ele pot să fugă, să efectueze tentative de suicid, încep să consume substanţe psihoactive, îndeosebi medicaţia anxiolitică. Gradul de autocontrol al persoanelor pasive poate fi atât de mare încât, deşi percep difuz tensiunea emoţională, ele nu reuşesc să o coreleze cu situaţia nefavorabilă, de opresiune în care se află.

Persoanele active sunt dominate de mânie, ostilitate, gânduri răutăcioase de pedepsire, prelucrează fiecare amănunt al existenţei în lumina trăirilor de frustraţie, se manifestă agresiv sub diferite forme. Şi oamenii echilibraţi, asertivi, pot fi prinşi în capcana ostilităţilor, pierzându-şi stăpânirea de sine.

Un factor esenţial în agravarea conflictului îl constituie apariţia regresiunii afective, a logicii afective care se impune în judecarea împrejurărilor, a faptelor, a cuvintelor, a conduitei sau a sentimentelor celuilalt. Prin cercul vicios, destructiv al ostilităţii, exprimate cel mai adesea de ambele părţi, ia naştere un şir nesfârşit de interpretări ce poartă amprenta subiectivismului şi a relei voinţe, interpretări care pot alimenta la nesfârşit atitudinea conflictuală.

Se dezvoltă astfel comunicarea aversivă, viziunea asupra existenţei este îngustată, "în tunel", contactele devin tensive, corpul este rigid, încordat, contactul direct al privirii este evitat, se transmite răceală sau chiar mai mult. Conflictele de lungă durată generează, în principal, ostilitate şi defensivitate. Spectacolul incriminărilor reciproce din cadrul unui proces de divorţ oferă dimensiunea încrâncenării părţilor, în care ura a luat locul dragostei.

Multe din conflicte se sfârşesc prin distrugerea relaţiei, adică părăsire, divorţ, agresiuni de tot felul ajungând până la crimă, pierderi semnificative: a serviciului, a prietenilor. De departe cea mai gravă consecinţă a conflictelor sociale o constituie agresiunile, sabotajele, lupta de gherilă, războaiele interetnice din numeroase ţări ale lumii, gradul de civilizaţie neavând nici o importanţă.

13.4.3. Psihologia conflictului. Elementele conflictului sunt similare, indiferent de numărul de participanţi, indivizi, grupuri, naţiuni. Conflictul îşi are rădăcina nu numai în diferenţele de concepţie, de interese, de scopuri interpersonale sau de grup ci şi în dificultăţile de comunicare, lipsa de informaţii, în slaba capacitate de rezolvare a problemelor, în stilurile defectuoase de confruntare, în rolurile şi jocurile pe care le practică unii parteneri.

Distorsionarea percepţiei persoanei proprii, a celuilalt, a relaţiei dintre parteneri este o trăsătură fundamentală a gândirii conflictuale. La structurarea ei pot contribui şi trăsăturile dizarmonice ale personalităţii, ca: senzitivitatea, suspiciozitatea, rigiditatea, egocentrismul şi altele. Imaginile false tipice, generate în situaţiile conflictuale, sunt:

1) Percepţia în oglindă - fiecare se simte victimă a injustiţiilor celuilalt. Îndeosebi în luptele politice se manifestă tendinţa de a prezenta imagini diabolice reciproce, distorsionate ca acelea care se văd în oglinzile de la circ. Ceilalţi sunt priviţi cu neîncredere ca fiind rău intenţionaţi, asupra lor se proiectează atitudini negative.

La această proiecţie contribuie în mare măsură problematica internă a subiectului. Oamenii care se simt fără valoare, au o stimă de sine joasă, se aşteaptă să fie tachinaţi, umiliţi, depreciaţi de alţii, se aşteaptă la lucrurile cele mai rele din partea altora şi ei înşişi le provoacă, insultând pe alţii [V. Satir 1967]. Trăirea de "micime" psihologică, neîncrederea în persoana proprie naşte senzaţia că alţii sunt disproporţionat de mari, puternici şi ameninţători şi stimulează defensa conflictuală.

Experienţierea unei situaţii ca fiind "de conflict" la asemenea persoane vulnerabile evidenţiază mai curând problematica proprie decât caracteristicile externe ale situaţiei. Pentru aceste persoane este potrivită sfătuirea individuală, menită să reducă defensivitatea încărcată de mesaje negative, ceea ce poate readuce un grad de obiectivitate şi de echilibru interior.

2) Fiecare percepe clar actele ostile ale celuilalt şi este orb la cele ale sale.

3) Standardele duble de moralitate. Deşi se angajează în acte identice sau aproape identice, fiecare simte că este legitim să acţioneze astfel, dar consideră că este total nejustificat pentru altul să acţioneze asemănător. Cei aflaţi în conflict se percep ca promovând metode înţelepte de acţiune, mai pozitive decât ale celorlalţi.

4) Gândirea polarizată reprezintă o viziune simplificată asupra conflictului: "Tot ce fac eu este bine iar tot ce face el este rău". Printre generatoarele clasice de conflicte cu răsunet social se află şi prejudecăţile, convingeri negative, stereotipe, simplificatoare, centrate asupra unor variate teme, împărtăşite de mari grupuri de oameni. Acestea duc la inegalităţi, descriminări, stigmatizări şi pot deveni argumente, pretexte pentru atitudinile agresive nemotivate, vezi cele împotriva străinilor, negrilor şi altele.

În cauzalitatea conflictelor pot interveni şi alte verigi, ca insuficienta separare în percepţie a sinelui propriu de al altora (îndeosebi cel al copiilor) şi extinderea propriului Eu asupra celui al altora, de unde rezultă aşteptări nerealiste pentru alţii de a acţiona similar, de a gândi similar sau de a se supune necondiţionat voinţei părintelui sau a soţului. De aici nevoia de a controla pe celălalt şi trăirea de ameninţare la perceperea comportamentului independent al altuia. Percepţia distorsionată influenţează substanţial mecanismul de atribuire, evaluarea cauzelor conflictului şi a responsabilităţilor pentru rezolvarea sa.

La dezvoltarea atitudinilor conflictuale poate să contribuie gândirea nerealistă. Aceasta reflectă dorinţa nemăsurată de putere, de control, de câştig total. Ea stimulează intrarea în capcana socială, în procesul social malign de rivalitate, competiţie, agresivitate, soldat de multe ori cu rezultate nefaste. Alte reguli iraţionale de gândire, cum ar fi "liniştea şi pacea cu orice preţ", stau la baza stilului defensiv ce favorizează menţinerea latentă a conflictului prin ascunzişuri, lipsa onestităţii, abordarea parţială a problematicii, sunt împiedicate clarificările şi soluţionarea sa echitabilă.

Multe din conduitele iraţionale ce generează conflicte se plasează în sfera jocurilor psihologice stabile cu caracter obstrucţionist din relaţiile de microgrup, descrise în analiza tranzacţională, cum ar fi:"da/însă"; "de ce nu tu?"; "martir/persecutor".

13.4.4. Stilurile de comportament în timpul conflictelor diferă foarte mult. Ele pot fi puse în legătură cu temperamentul, cu educaţia primită, cu experienţele anterioare, cu particularităţile situaţiei. S-au descris un număr de 14 alternative de a aborda un conflict [R. Napier şi M. Greenfeld 1983]:

1) A fi indirect: se fac numai aluzii la problema care deranjează.
2) A găsi ca vinovat pe cineva din afară.
3) A utiliza sarcasmul în discuţia despre situaţie.
4) A găsi un ţap ispăşitor din cercul persoanelor apropiate.
5) A face eforturi active pentru reducerea tensiunilor şi acomodarea cu situaţia, chiar dacă ea este negativă.
6) A exploda, a "îşi da drumul", a-i lăsa pe oameni să afle exact ceea ce simte.
7) A ascunde sentimentele pe moment pentru a le dezvălui mai târziu, în particular, prietenilor sau confidenţilor.
8) A aştepta să obţină clarificări şi mai multe informaţii despre situaţie.
9) A sublima sentimentele: a transfera energia şi atenţia către activităţi sau interese din afara conflictului.
10) A consuma timpul ascultând şi căutând informaţii suplimentare, vorbind cu cei implicaţi.

11) A se retrage în loc de a lucra activ la rezolvarea conflictului.
12) A face tentative active de compromis.
13) A se plânge la alţii despre nedreptatea, necinstea situaţiei.
14) A face eforturi de a crea alternative constructive pentru situaţia dată.

Aceste modalităţi pot fi grupate în 4 stiluri distincte de a lucra cu conflictele [A. Roberts 1982]:

a) agresiv-confruntativ; este bine definit prin expresia "a lua taurul de coarne" ce defineşte o puternică tendinţă de a controla situaţiile şi oamenii. În cadrul acestui stil, persoanele sunt critice, directive, autoritare;

b) asertiv-persuasiv desemnează tendinţa de a apăra ferm propriile poziţii, fără a împinge lucrurile la extrem, printr-o atitudine proactivă faţă de conflict, dublată de voinţa de a colabora. Cei care utilizează asemenea metode depind de abilităţile lor verbale şi de capacitatea de convingere;

c) observator-introspectiv caracterizează tendinţa de a observa analitic pe alţii şi de adapta modele de comportament de tip ascultare şi sfătuire în situaţiile de conflict. Persoanele respective sunt cooperante chiar conciliatorii;

d) evitant-reactiv reprezintă o orientare către pasivitate sau retracţie în situaţiile conflictuale, dată de nevoia de a evita confruntările, de acceptarea resemnată şi autocontrolul emoţiilor.

13.4.5. Tipologia conflictelor. Conflictele se pot clasifica în deschise, manifeste sau latente, de obicei cronice. Cele cu caracter deschis, acute, pot îmbrăca aspectul de criză, de exemplu criza conjugală, iar cele cronice sunt trenante se întind pe ani de zile, fiind inflamate periodic dacă nu se ajunge la o soluţie convenabilă. Dintr-o perspectivă developmentală se descriu conflictele de dezvoltare, cele mai cunoscute fiind cele de tip Oedipian, cele legate de autonomie, în perioada copilăriei, dar mai ales la adolescenţă, când se acutizează procesul de desprindere, cele educaţionale în familie şi în şcoală, iar mai târziu trec pe prim plan conflictele în cadrul cuplului, familiale, intergeneraţionale şi cele profesionale.

Căsătoria oferă modelul cel mai elocvent în ceea ce priveşte complexitatea conflictelor umane de lungă durată [I. Glick, J. Clarkin, D. Kessler 1987, R. Nelson-Jones 1991]. În acest caz se ciocnesc mai multe nevoi contradictorii, şi anume:

- cele de fuziune şi intimitate, legate de sentimentele de dragoste, cu cele de autonomie, de menţinerea unui grad de libertate. În căsătorie se creează iluzia autonomiei, a individualităţii generatoare de orgoliu, dar care în realitate este mult mai restrânsă [H. Sullivan 1950]. Ciocnirea este mai frecventă la persoanele dependente, care intră în viaţa conjugală fără să-şi fi terminat procesul de desprindere de familia de origine;

- rivalitatea plasată asupra puterii, a luării deciziilor, a administrării bugetului, în contradicție cu nevoia de cooperare, de sprijin reciproc în împărțirea onestă a obligațiilor, îngrijirea copiilor împreună, petrecerea comună a timpului liber, suportul reciproc în menținerea regulilor și a stabilității familiei;

- diferențele în concepțiile religioase, etnice, de grup și nevoia de armonizare, de apropiere între ele până la obținerea unui punct de vedere comun, al familiei;

- fidelitate și stabilitate versus satisfacerea atracțiilor sexuale de moment, venite din afară. În zona "contractului sexual", așa cum este definită legal căsătoria, un prim pas important este reprezentat de realizarea "înțelegerii" sexuale, cantitatea și calitatea manifestărilor sexuale, care va trebui să răspundă prin complementaritate nevoilor și așteptărilor ambilor parteneri. Rolul sexual adoptat de fiecare, definit mai larg prin termenii de masculinitate și feminitate, se extinde adesea la conducerea familiei, abaterile de la statutul tradițional fiind o sursă majoră de neînțelegere. În ceea ce privește atracția sexuală și așteptările fiecăruia, de-a lungul timpului se produc modificări semnificative psihologice, fiind binecunoscute crizele periodice, fenomenele de uzură, așa-numita "oboseală conjugală" cu pierderea atracției [R.Tordjman 1991], schimbarea preferințelor, infidelitate etc.

În căsătoriile disfuncționale este afectată calitatea comunicării, capacitatea de conștientizare se îngustează, percepțiile și gândirea sunt distorsionate, apar reguli noi, destructive, jocuri psihologice obstrucționiste.

13.4.6. Evaluarea conflictelor. Identificarea și definirea corectă a unei stări conflictuale, a tematicii sale, a modalităților de abordare a participanților, sunt destul de dificile.

Conflictele manifeste, acute, sunt bine conștientizate, spectaculoase, se percep ușor din descrierea unuia sau mai multor participanți. De obicei, relatarea este părtinitoare, fiind infiltrată de incriminările celui care povestește, de intenția sa inconștientă de influențare, de seducție exercitată asupra sfătuitorului, pentru ca acesta să se identifice cu el, să adopte punctul lui de vedere. Numai o migăloasă muncă de reconstrucție poate reface din fragmentele expuse poziția reală a celui care se plânge, precum și problematica în discuție. Ideal este ca într-o situație conflictuală să fie ascultate ambele părți, ceea ce nu se întâmplă foarte des.

În conflictele latente povestirea poate fi pigmentată de suferințele proprii, relatate, de obicei, de persoane nonasertive, marcate de trăiri de vinovăție, lipsind trăirea de frustrație, critica specifică și aspectul de ciocnire cu alții. Imaginea persoanelor apropiate cu care ele se află, în fapt, într-o situație conflictuală, apare din contră ca fiind grijulie, chiar supraprotectoare, plină de solicitudine. O eventuală critică la adresa lor este piezișă. Ea poate să transpară printre rânduri.

În fapt, în spatele anxietății, a somatizării, a depresiei, se ascunde o tensiune conflictuală de fundal, ce trebuie adusă la lumină, identificată, numită ca atare, conștientizată, analizată ca un subiect separat. Este posibil ca tensiunile să se fi exprimat ocazional în trecut. La analiza atentă a unor incidente neplăcute se constată că subiectul, deși le-a păstrat o vie amintire, nu le-a acordat importanța cuvenită datorită aparenței generale pozitive a relațiilor respective. Abia după ce se certifică existența de fapt a unei stări conflictuale cu o persoană apropiată, se va putea trece la examinarea trăirilor de frustrație.

De cele mai multe ori, nevoile și aspirațiile oprimate se concentrează asupra recunoașterii drepturilor personale, a îmbunătățirii asertivității, a obținerii unui grad de autonomie, a instaurării respectului, a cooperării oneste și a ameliorării calității morale a relației. Poate fi nevoie de mai multe ore de discuție până când persoana afectată va atinge un grad satisfăcător de conștientizare a propriei tensiuni conflictuale și a problematicii de rezolvat.

În definirea atitudinii conflictuale, a conduitei reale în conflict a subiectului, poate fi utilizată înregistrarea audio sau video a unor momente de confruntare, a unor schimburi de replici, discuții sau certuri. Pentru a fi de încredere, relatările scrise trebuie fie minuțioase și să prezinte integral replicile schimbate între cei implicați.

Un instrument valoros în înțelegerea stărilor conflictuale, a cauzelor lor reale, îl constituie interpretarea, din perspectiva analizei tranzacționale, a rolurilor adoptate și a jocurilor practicate de fiecare parte. Aceasta ajută la definirea modelului de relații dezvoltate în cuplu și a stilului de rezolvare a conflictelor al fiecăruia.

Analizând poziția fiecăruia trebuie explorate: realismul regulilor propuse pentru sine ca și cele pentru alții, pretențiile sale asupra conduitei altora, gradul de altruism sau egoism reflectat de ele, flexibilitatea persoanei versus rigiditate, măsura în care ea este dispusă să intre într-un proces de mediere, să rezolve rezonabil dilema drepturile personale versus responsabilitatea față de bunăstarea tuturora, capacitatea de a evalua riscurile și câștigurile ce pot fi obținute prin schimbare. Acestea se reflectă în așteptările și soluțiile propuse de fiecare. Poziția cuiva într-un conflict se mai corelează și cu particularitățile de personalitate, cu vârsta, cu resursele materiale. Fiecare dintre ele poate deveni un avantaj sau un dezavantaj în lupta pentru putere.

13.4.7. Rezolvarea conflictelor este o abilitate socială care poate fi îmbunătățită printr-o intervenție sistematică de învățare. Aceasta presupune dezvoltarea capacității de a reduce/accepta diferențele, prin îmbunătățirea calității comunicării, a abilității de a asculta bine și a te dezvălui adecvat, asociate cu o mai bună rezolvare a problemelor [R. Nelson-Jones 1990]. Ca punct de plecare se

constituie rezolvarea conflictului actual prin câteva strategii [I. Glick, J. Clarkin, D. Kessler, 1987, J. Wright 1988] şi anume: 1) reducerea comunicării adversive; 2) creşterea comunicării folositoare; 3) negocierea.

1) **Reducerea comunicării aversive.** Într-un conflict, ca şi în război, sunt folosite toate mijloacele pentru obţinerea supunerii celuilalt, prin metode de agresionare de toate gradele, active sau pasive, descrise anterior. Se realizează schimburi de replici stereotipe, repetate la nesfârşit, în care de multe ori domină invectivele, fără a se trece la discutarea temei propriu-zise. O muncă importantă consta în identificarea comportamentelor agresive, agasante, de încăpăţânare. Aceasta va fi urmată de propunerea de a le reduce frecvenţa cât mai mult posibil.

Autocontrolul, reţinerea, porneşte de la ideea că fiecare parte trebuie să se reţină, să se autocontroleze, să se schimbe pe sine mai întâi şi abia apoi să aştepte schimbări pozitive în atitudinea celuilalt. Prin aceasta se merge către "asanarea" atmosferei conflictuale, fapt ce se poate realiza numai prin voinţa şi eforturile ambelor părţi. Câteodată reţinerea începută unilateral surprinde partenerul încrâncenat şi poate să îl stimuleze la moderaţie şi conduite similare. Reducerea comunicării aversive va fi monitorizată ca punct distinct de către sfătuitor.

2) **Dezvoltarea comunicării pozitive, folositoare,** a fost deja prezentată în rezumat la capitolul de abilitaţi sociale. Ea contribuie la crearea sau refacerea unei atmosfere amiabile, ca premiză a viitoarelor înţelegeri, care se realizează în principal prin echilibrarea dialogului, dezvoltarea comunicării pozitive, civilizate, şi oferirea de "cadouri", de mesaje şi conduite care plac partenerului.

Un dialog echilibrat constă din alternarea judicioasă (ca durată) a discursului propriu, cu ascultarea empatică a celuilalt. Partenerul care domină dialogul va trebui să conştientizeze acest defect, să-şi restrângă intervenţiile şi să ofere celuilalt cuvântul, "dreptul la replică", pentru a se obţine un adevărat schimb de opinii asupra problematicii în litigiu. Partenerii vor fi stimulaţi să se dezvăluie prin mesaje care încep cu "Eu".

Un punct important îl reprezintă utilizarea cât mai frecventă a mesajelor pe care partenerul le găseşte folositoare. Acestea trebuie identificate şi grupate în adevărate liste, care vor fi comentate apoi împreună cu ambii parteneri. Această acţiune, cuplată cu alcătuirea listei comportamentelor aversive, permite discutarea modului în care poate fi modificată ponderea fiecăruia. Cu această ocazie se discută asupra satisfacţiilor partenerilor şi, treptat, ei ar trebui să ajungă să evalueze singuri calitatea schimbului de mesaje răsplătitoare. Se va crea sau relua ciclul satisfacţiei în comunicare.

3) **Medierea şi negocierea.** În multe cazuri, conflictele între părţi se rezolvă fără intervenţii din afară. În cele complicate poate fi nevoie de o mediere, de intervenţia unei persoane din afară, mai înţeleaptă, mai tolerantă, care îndeamnă la rezolvarea problemelor de fond.

Există o perioadă premergătoare medierii în care partenerii îşi dau seama că singuri nu pot ieşi din situaţia conflictuală şi cer ajutorul. Fără atingerea acestui prag critic, intervenţia din afară, oricât de bine intenţionată, poate fi privită ca un amestec inabil în treburile altora şi respinsă sau va fi acceptată numai de partea căreia îi convin sugestiile respective.

Mediatorul va introduce negocierea ca metodă de găsire a unei soluţii pentru subiectele aflate în controversă. Începerea unei negocieri de succes presupune parcurgerea unei etape preliminare în care subiecţii sunt pregătiţi în mod individual cu ajutorul terapeutului, iar încăpăţânările şi orgoliile sunt tocite, aduse la un nivel acceptabil. Printre punctele discutate se află principiile fundamentale ale rezolvării conflictelor, în varianta clasică, de "câştig la pierdere" sau în cea modernă, productivă, de "câştig la câştig" [D. Johnson, F. Johnson 1991].

Un punct fundamental este introducerea compromisului ca rezultat final al oricărui conflict. Partenerii trebuie să accepte cedarea în anumite privinţe ca mijloc pentru a obţine convieţuirea civilizată. Printr-o viziune mai pozitivă asupra viitorului şi asupra opozanţilor lor, ei vor putea să înlocuiască rivalitatea cu cooperarea. Ideea compromisului va fi readusă apoi pe prim plan în timpul negocierilor, de fiecare dată când o parte încearcă să-şi adjudece integral dreptatea, să obţină "victoria".

Partenerii trebuie să conştientizeze faptul că ei suferă de un minus de abilităţi şi că rezolvarea conflictelor actuale poate fi un model pentru alte situaţii asemănătoare. În perioada premergătoare oricărei negocieri participanţii trebuie să înveţe (posibil fiecare separat): să identifice tema conflictului, să determine cât mai obiectiv poziţia sa şi slăbiciunile acesteia, să examineze cu calm, cât mai detaşat, argumentele celeilalte părţi, să asimileze un stil mai neutru, mai plăcut de a face cereri sau de a readuce în discuţie schimbările neconvenabile. Aceasta presupune ca ei să devină adepţi ai cooperării, ai acceptării negocierii ca mijloc de rezolvare a divergenţelor, să admită că, în absenţa cooperării, găsirea soluţiilor utile este extrem de grea. Trebuie insistat asupra a ceea ce uneşte partenerii, asupra intereselor comune, a pierderilor, adesea de nerecuperat. Pentru mulţi aceasta înseamnă o schimbare de mentalitate, de filosofie de viaţă, o înfrângere de proporţii a vechiului "Eu", ceea ce se digeră greu. De aceea, existenţa unor concepţii de viaţă profund divergente face dificilă şi deseori problematică etapa de "netezire a asperităţilor".

Paşii unei negocieri parcurg, cu unele adaptări, drumul tehnicii de "rezolvare a problemelor", descrisă anterior. Pentru profesionist sunt de desfăşurat următoarele etape: 1) să descrie conflictul, ca problemă mutuală care interesează ambele părţi; 2) să se ofere să negocieze diferenţele; 3) să sprijine părţile în elaborarea de soluţii alternative prin modelul "brain storming"; 4) să evalueze

împreună cu ceilalți soluțiile obținute prin "brain storming"; 5) să îi ajute în a decide asupra celei mai bune soluții; 6) să planifice împreună modul de implementare a soluției alese.

Tensiunea conflictuală și emoțiile negative implicate, având multiple condiționări mai vechi sau mai noi, se reactivează cu multă ușurință în perioada de învățare a noilor atitudini, provocând revenirea la stări de beligeranță. De aceea, învățarea negocierii conflictelor parcurge momente delicate, fragile, fiind nevoie de multă încurajare, de răsplătirea părților pentru micile progrese realizate, cuplată cu analiza și monitorizarea ciocnirilor.

Pentru a realiza cu succes descâlcirea ghemului neînțelegerilor, dezvoltarea echilibrului sunt necesare și condiții propice. Acestea au fost menționate anterior la capitolul asertivitate, în care s-a discutat asupra condițiilor în care se utilizează formula "NU". În familie, asemenea discuții se deschid când partenerii sunt odihniți, proaspeți, au receptivitate și timp la dispoziție.

Construirea polului pozitiv, îmbunătățirea relațiilor, recâștigarea simpatiei se realizează cu migală. Este nevoie de timp, de multă atenție pentru a identifica și a evita comunicarea aversivă. De asemenea, este nevoie de timp pentru identificarea dorinței de dezvăluire și de sinceritate. Printre exercițiile propuse ar fi și următorul: primul partener va descrie ce face celălalt și cum îl face să se simtă, în timp ce al doilea îl parafrazează, face comentarii pe marginea celor spuse anterior, expunând trăirile sale și motivația lor. Apoi rolurile se inversează. Astfel se confirmă efectele plăcute sau neplăcute ale comportamentului fiecăruia asupra celuilalt.

Cu ajutorul terapeutului se discută schimbările specifice din conduita fiecărui partener care ar putea face viața mai plăcută celuilalt. După modelul behaviorist, se pot negocia comportamentele care trebuie schimbate, se realizează înțelegerile între părți. Ele se întăresc prin contracte scrise și, totodată, se stabilesc răsplăți.

Învățarea tehnicii de rezolvare a conflictelor, a unui nou stil de a vorbi, a unei noi atitudini generatoare de liniște și calm este foarte grea. Ea se ciocnește de soliditatea vechilor concepții și de orgolii, iar pe termen lung se pot produce reveniri la vechiul stil de relaționare. Introducerea monitorizării se lovește de obstacole semnificative, cel puțin în România unde, la primele semne de ameliorare, clienții sau o parte renunță prematur la "amestecul" din afară. Sfătuirea individuală poate precede sau fi concomitentă cu aceea a cuplului, care este centrată asupra relației interpersonale.

13.5. CREȘTEREA EFICIENȚEI PERSONALE

A devenit unul din imperativele existenței moderne. A fi eficient înseamnă a avea o bună funcționare a persoanei datorită mai multor factori, printre care: însușirea unei concepții de viață sănătoase, pozitive (orientată către realizarea scopurilor și reflectată în motivația și voința de a munci, vizibile în fapte), asimilarea deprinderilor de muncă, a strategiilor adaptative necesare, învățarea respectului de sine, a legilor și a celorlalți. Succesul în viață presupune și un grad de realism, abilitatea de a folosi oportunitățile, după principiul "norocul este cum și-l face omul", atingerea autonomiei, a unui grad de asertivitate, ceea ce permite luarea de opțiuni potrivite situației.

Din nefericire, un număr important de persoane funcționează sub nivelul posibilităților, a inteligenței. Ele reușesc în mică măsură să își pună în valoare calitățile sau să își compenseze defectele și intră în tot felul de crize, reprezentând clientela serviciilor sociale, de recuperare sau sfătuire/consiliere.

13.5.1. Tipologia persoanelor cu un minus de eficiență. Se pot diferenția 3 categorii, descrise în continuare:

1) Categoria celor cu un minus de abilități, funcționând sub medie datorită a numeroase cauze, ca: lipsa de formare a personalității, formarea distorsionată datorită mediului, proasta educație, conjugarea unei problematicii psihice intrinsece cu o abordare educațională nepotrivită, regresul datorită defectualității neuropsihice instalate mai târziu sau lipsei de implicare în realitate. Ei pot fi considerați persoane cu mai multe probleme. Printre ei se enumeră:

a) Cei needucați, carențați, având în general o lipsă de abilități sociale, o orientare defectuoasă asupra existenței, o psihologie de "supraviețuire". Petrecând copilăria în sărăcie și incultură, în familii dezorganizate, monoparentale sau în instituții, mulți sunt marcați de trăiri de eșec, de tendințe abandonice, de slabă stimă de sine. Ei se cantonează la limita inferioară a existenței, trăind de multe la limita legii. Eforturile lor de a se ridica la un statut social mai ridicat rămân palide și de multe ori fără succes. Ei intră adesea în postura de asistați social, absența experiențelor educaționale timpurii constituind un obstacol major în corectarea deficitelor funcționale. Numai o intervenție sistematică, timpurie, cu valențe educațional-recuperatorii de lungă durată împletită cu dragoste, încredere și infinită perseverență din partea celor din jur, poate macera blocul atitudinal negativ.

b) Cei cu educație supraprotectoare, restrictivă sau cu răsfăț excesiv pot să dezvolte o patologie a formării personalității de tip sociopat, datorată blocării accesului la autonomia firească. Ei se pot forma într-un model negativ de opoziție, de refuz a orice presupune obligație, muncă susținută, ideal. Ei știu bine ce trebuie

să refuze dar nu știu ce trebuie să facă, nu au experimentat autonomia, sunt pasivi, dependenți, haotici, incoerenți în conduită, lipsiți de inițiativă, de respect față de alții. Ei au dificultăți în inserarea la viața școlară încă de la început.

Mai târziu adolescența și, mai ales, tinerețea reprezintă pentru ei perioade cu mare risc de dezorganizare. Școala, facultatea, serviciul, sunt neglijate sau chiar disprețuite prin frondă. Eșecurile școlare și profesionale sunt în număr ridicat sau sunt mascate prin controlul continuu din partea altora, a părinților dispuși să facă orice sacrificiu pentru "a-și impinge" copilul înainte.

Caz clinic

O familie a venit să ceară ajutorul întrucât băiatul lor, student în anul III de facultate, devenise foarte agresiv și insista ca mama sa să stea tot timpul lângă el când învață. Încercările mamei de a se desprinde au fost sever pedepsite. Acest obicei, persistând încă din clasele primare, s-a accentuat în perioada admiterii la facultate, când a pretins mamei sale să îi copieze întreaga carte de anatomie, sub motivația că el nu poate să învețe decât după notițe, lucru pe care mama sa l-a îndeplinit. De altfel, "pentru viitorul băiatului" mama era dispusă să facă orice sacrificiu.

Pentru aceste cazuri, viitorul profesional sau social este fantaziat într-o manieră nerealistă. Sunt enumerate profesiunile de prestigiu, reputate prin eforturile ce stau la baza lor, cum ar fi cea de medic, cea de avocat, sportiv de renume etc. Acestea sunt în total contrast cu situația dezastruoasă actuală, cu precaritatea cunoștințelor, cu absența deprinderilor de muncă.

Pentru că nu reușesc să se structureze ca persoanę active, organizate, eficiente, ei pot să se simtă neînțeleși și să se refugieze într-o viață dezordonată, încercând să obțină avantaje din partea celor din jur prin toate mijloacele, inclusiv șantajul. Atât ei cât și părinții lor au nevoie de sprijin de tip sfătuire/psihoterapie de susținere, de o restructurare a aducației.

2) Categoria foștilor sau actualilor bolnavi, mai ales cei cu afecțiuni psihice sau cu invalidități fizice. În cazul debutului precoce ei se enumeră printre cei care nu reușit să se dezvolte satisfăcător, iar cei care s-au îmbolnăvit în perioada maturității pot să își piardă rutinele de bază ale existenței însușite timpuriu, datorită repausului prelungit, sedării, efectelor bolii. Ei trebuie să își recapete un grad de eficacitate chiar în condiții de dezavantaj. Ei trebuie să fie ajutați să se regăsească prin sfătuire, recuperare sistematică și asistența socială.

În grupul celor afectați timpuriu se află copiii hiperkinetici, cei cu sindroame psihoorganice caracterizate prin deficit atențional, tulburări de memorie, labilitate afectivă și un mare grad de impulsivitate. Chiar cei cu deficite

instrumentale de tipul dislexiei, disgrafiei, pot să prezinte perioade de dezorganizare a atenției datorită eșecului timpuriu. În acest grup se înscriu și o serie de tulburări de personalitate de tip borderline, antisocială, histerică, psihozele de adolescență și altele.

3) Categoria celor cu o funcționare de bază adecvată dar care la un moment în ciclul vieții intră într-o existență complicată cu diverse obligații ce nu pot fi realizate în același timp. Ei au nevoie de o schimbare a stilului de viață care să permită adaptarea la noile circumstanțe mai pretențioase, un plus de eficiență de obținut printr-o schimbare de strategie. Ei beneficiază din plin de sfătuire/psihoterapia scurtă.

Este cazul celor care promovează, își înființează o afacere proprie, sunt angrenați în mai multe activități și trebuie să armonizeze viața profesională încărcată cu cea familială, care poate fi la rândul ei plină de obligații. Asemenea persoane sunt adesea marcate de trăirea de neîndeplinire a obligațiilor, simt continuu presiunea timpului, sunt aglomerate, au trăiri de vinovăție, pot dezvolta tulburări psihice ca: anxietate, depresie, boli psihosomatice, cardiovasculare și altele. Ele se află într-o criză pasageră situațională, ce necesită o abordare "centrată pe problemă".

13.5.2. Evaluarea. Pentru categoriile care funcționează la un nivel submediu, analiza unei zile "tipice" obișnuite, desfășurată pe ore, evidențiază slaba dezvoltare a rutinelor obișnuite, nerespectarea bioritmului, culcatul este impins târziu, la miezul nopții și peste. Distracțiile, activitățile minore, haotice, domină în dauna muncii. Este spațiul în care se construiesc dependențele de distracții, de jocuri mecanice, de internet și altele.

Evaluarea se va concentra asupra modului de repartizare a timpului în cursul zilei, desfășurarea rutinelor zilnice, gradul lor de acceptare și de asimilare. Interesează modul în care subiectul se angajează în obligațiile profesionale, școlare, gradul său de autonomie în efectuarea lor, eventual existența "protezei" din afară, din partea părinților, familiei, colegilor, definită prin presiunea exercitată din afară pentru ca ele să fie îndeplinite. Este important de știut în ce măsură clientul a "internalizat conștiința obligațiilor sale" ca factor motivațional de sine stătător, eventualele blocaje (vezi subcapitolul persuasiune).

Pe lângă o examinare psihologică psihometrică de rutină, sunt examinate și abilitățile, pornind după caz de la cele elementare de scris, citit, socotit până la nivelul cunoștințelor. Este utilă o caracterizare școlară. La adolescenți și adulți se vor defini deprinderile profesionale, nivelul calificării. Mulți dintre cei aflați în criză adaptativă emit pretenții exagerate față de calificarea și experiența lor profesională reală. Interesează și comportamentul profesional: punctualitatea,

modul în care se descurcă la serviciu, relaţiile cu şefii, profesorii şi colegii şi aşteptările în această privinţă.

Stilul de confruntare cu realitatea (coping) este evaluat în mod distinct. Stilul firesc se caracterizează prin expresia "a lua taurul de coarne", adică a te prezenta pregătit la activităţi, cu temele făcute la timp. Chiar dacă situaţia este nefavorabilă în confruntarea activă, pozitivă, clientul încearcă să-şi acopere minusurile, se străduie mai mult, solicită ajutorul altcuiva.

Copingul şcolar sau profesional defectuos se caracterizează prin **opoziţie deschisă**, chiar frondă sau agresivitate, foarte frecventă la copil şi adolescent, **evitare** prin amânarea începerii efectuării obligaţiilor, **compensare** prin refugierea în visare, în urmărirea TV, participare excesivă la distracţii, pierderea timpului, **fuga** prin refuzul deschis sau mascat de a merge la şcoală (school refusal), la serviciu, schimbarea frecventă a profesiunii, pensionarea timpurie.

Subiectul evită să dea o explicaţie raţională, clară asupra a ceea ce se întâmplă. Dacă este abordat cu insistenţă, răspunde printr-o criză de nervi, se ascunde în afirmaţii derizorii cum ar fi: "Aşa îmi place mie" sau raţionalizează inventând diferite pretexte ca: salariul mic, şcoala proastă, colegii răi etc. În spate se profilează o proastă imagine de sine, generată de trăirile de neputinţă, de eşec, de refuz, de dezinteresul faţă de profesiune. Adesea, subiectul intră în rolul de victimă, de persoană neînţeleasă. Aceste elemente pot fi percepute atât din povestirea clientului cât şi din unele teste psihologice simple, cum ar fi "Povestea vieţii mele"; "Eu despre mine"; cele 3 dorinţe sau supărări.

Dacă există şi participanţi externi implicaţi în mod secundar - ca părinţi, soţie alte rude - trebuie examinată atitudinea lor exactă (vezi trăirile alcoolicului cronic ce se simte apăsat de tirania familiei). În acest scop trebuie precizată dimensiunea ajutorului extern şi modul în care este receptat de client: favorabil, ca un sprijin sau ca o umilinţă, ca o presiune insuportabilă, drept încălcarea autonomiei etc. Din prisma analizei tranzacţionale vor fi definite jocurile psihologice ale celor din jur: capabil/neputincios, stăpân/sclav, deştept/prost precum şi poziţia în care este plasat subiectul.

Se vor analiza şi soluţiile de ieşire din criză propuse de subiect şi de familie, care pot diferi foarte mult.

Cei care doresc să-şi perfecţioneze calitatea muncii se prezintă de cele mai multe ori obosiţi, surmenaţi, cu semne evidente de stress datorită încordării şi dorinţei de a face faţă cu orice preţ. Mult mai rar ei se refugiază în pasivitate, fugă, depresie. Analiza activităţii de zi cu zi arată o bună structurare de bază, dar filosofia de viaţă şi gândirea sunt neadaptate situaţional.

Alături de persoane prinse în capcana gândirii nerealiste, dominate de simţul datoriei (workoholici) se află şi cele care, datorită lipsei strategiilor adecvate, sunt

depăşite de multitudinea sarcinilor. Se constată aplecarea spre perfecţionism, lipsa de organizare a procesului muncii, pierderea în activităţi nesemnificative, lipsa de selecţie, de planificare, aderenţa la roluri inadecvate, subalterne. Deşi persoane capabile, ele au rămas limitate, nu recunosc avantajele muncii în echipă: împărţirea rezonabilă a obligaţiilor, luarea deciziilor în colectiv, delegarea de responsabilităţi, definirea priorităţilor. Aceste persoane nu au o idee clară asupra metodelor de reducere a presiunii muncii, de degajare şi de concentrare asupra a ceea ce este important. Ele au pierdut din vedere relaxarea din viaţa obişnuită şi oferă o imagine apocaliptică a existenţei proprii. Impasul existenţial actual îşi are deseori originea într-o educaţie rigidă, conformistă, având ca rezultat atitudinea non-asertivă, aservită în relaţiile cu ceilalţi. De cele mai multe ori, echilibrul vieţii, raporturile dintre timpul liber, cel afectat familiei, activităţii sociale şi cel consacrat activităţii profesionale a fost răsturnat în dauna muncii.

Un ultim moment al evaluării îl reprezintă definirea distinctă a componentelor cognitive, afective şi comportamentale (minusul de abilităţi), ale blocajului sau a insuficienţelor trăite de client şi care vor deveni ţintele procesului de intervenţie.

13.5.3. Intervenţii de eficientizare a personalităţii. Numeroase cursuri şi monografii, au fost dedicate acestei teme, actuale la orice vârstă, dar mai ales pentru tinerii aflaţi în dificultate. Multe strategii de eficientizare a personalităţii sunt expuse în cărţile de management. Vom prezenta cele mai importante dintre ele.

a) **Deblocarea afectiv-voliţională.** Deşi nevoia de schimbare este evidentă, angajarea în proces este dificilă. În încercarea de a depăşi impasul, clienţii şi familiile lor amintesc un lung şir de eşecuri, fapt care trebuie să pună în gardă profesionistul asupra magnitudinii piedicilor ascunse. De obicei, intervenţiile strict pedagogice anterioare au ignorat blocajul ca fenomen psihologic afectiv-cognitiv discret, dar extrem de complicat. Acestea s-au cantonat în spaţiul persuasiv raţional, cu nuanţe coercitive, mari generatoare de opoziţie.

Conştientizarea blocajului se realizează prin ascultare empatică, asemănătoare celei utilizate în faza precontemplativă a psihoterapiei addicţiilor. Sunt transmise mesaje de aprobare predominent nonverbale, pentru ca subiectul să trăiască senzaţia că este "înţeles", să câştige încrederea şi să îşi regăsească un pic din stima de sine. Nici o critică nu se recomandă în aceste cazuri. Întrebările de clarificare vor reconstitui situaţia din perspectiva subiectului, "de pe dinăuntru".

Relaţia terapeutică, prudent construită, sinceritatea, vor permite definirea blocajului către autonomie plasat undeva în:

- distanţarea faţă de familie, în lipsa de aderenţă la valorile acesteia, ale şcolii sau societăţii;

- angajarea în gândirea reactivă centrată asupra celor din jur, părinților, rudelor, percepuți ca "persecutori"/represivi de către client;

- încercările imature de găsire a autonomiei prin: acțiuni de opoziție și/sau refuz, manifestări de libertate, distracție excesivă, aderarea la gândirea delicventă, antisocială însoțită de acțiuni de acest tip.

Consumarea acestor trăiri este grea, subiectul prezentând rezistențe greu de conștientizat, mult refuz, retracție, apărări exagerate. Trăirea poate dura timp de săptămâni de zile. După deblocarea afectivă, corectarea aspirațiilor reprezintă o altă etapă. Aceasta presupune aducerea clientului în contact cu idealurile sale, ajustarea lor în jos, la un nivel realist, întrucât prin refugiul în vise de măreție ele erau hipertrofiate compensator. Schimbarea de optică va permite clienților utilizarea mai bună a resurselor proprii, aderarea la strategiile de corectare adecvate pentru depășirea minusului de abilități. Deplasarea către poziția activă este posibilă prin încurajare, multă apreciere, solicitarea de a fantazia intens viitorul, precum și prin aplicarea măsurilor menționate la restructurarea gândirii.

b) **Sugestii pentru motivarea clientului.** Ca argumente cu valoare motivațională în reînceperea studiilor se constituie, de exemplu, dorința de a obține carnetul de conducere, înscrierea într-o școală de mecanici auto, iar în Statele Unite completarea actelor necesare adaptării sociale, de exemplu a unei cereri de angajare și altele. Pentru toate este nevoie de un plafon educațional minim. Clientul va putea fi inclus în învățământul seral, fără frecvență, ucenicia la locul de muncă, munca la un patron sau alături de un membru mai în vârstă al familiei. Orice formă de activitate organizată este valoroasă, întrucât introduce subiectul într-o existență ordonată.

c) **Edificarea sprijinului exterior.** Pentru cei care au ieșit din circuitul existenței, au părăsit școala, profesiunea, trăiesc o viață de azi pe mâine, este nevoie de mult tact și suport pentru a-i angaja în realitate. Gesturile inițiale ale clientului pot fi descurajator de timide, stângace și minuscule. Ele trebuie însă răsplătite copios prin prisma intenției pozitive ce o exprimă.

De multe ori sprijinul oferit de profesionist în timpul ședințelor de sfătuire este insuficient. El trebuie continuat în intervalul dintre orele de psihoterapie de familie sau grupul profesional, însă într-un mod asemănător, ținând seamă de nevoile de apreciere ale clientului. Răsplătirea este un mod de sprijin. Ea realizează atragerea clientului către o activitate, către un ideal.

Deoarece au fost obișnuiți să măsoare realizările clientului în raport cu idealurile lor, rezultate din "valorile familiei", părinții și cei din jur intră de multe ori în profund dezacord cu terapeutul care îl răsplătește aparent exagerat pe client. Minusculele acțiuni ale clientului pot trece neobservate, ignorate sau, mai rău, privite cu dispreț. Pentru a schimba optica aparținătorilor poate fi nevoie de o

intervenție separată de sfătuire a familiei, țintită asupra depășirii atitudinii critice, presiunilor grosolane și găsirii tonului potrivit. În fapt, persoana în cauză trebuie răsplătită încă din momentul în care pune prima cărămidă la edificiul profesiunii sale și nu abia după ce și-a dat doctoratul.

d) **Activitatea educațional rehabilitativă.** Este cea care asigură maturizarea persoanei prin dezvoltarea instrumentelor necesare unei adaptări sociale de succes. Are o durată lungă, posibil de ani de zile, componenta rezervată sfătuitorului reducându-se treptat prin aportul educatorilor. Pe toată durata ei, dimensiunea pedagogică propriu-zisă va fi impregnată de conceptele terapiei suportive, pentru a evita reactivarea blocajelor anterioare prin revenirea la poziția autoritar/directivă.

e) **Intervenția formativă, educațională** de bază, este destinată să corecteze minusul de eficiență personală prin învățare sistematică, experiențe ghidate și apoi discutate, alegerea de soluții simple, accesibile și de succes. Printre țintele acestei intervenții se enumeră:

- asimilarea deprinderilor de viață, a abilităților sociale absente, îmbunătățirea asertivității. Se pornește de la structurarea existenței, a vieții de fiecare zi;

- corectarea deficitelor de cunoștințe și abilități prin programe pedagogice specifice, exerciții și altele;

- dezvoltarea autonomiei pozitive, reale, prin asumarea treptată de responsabilități, dezvoltarea capacității de evaluare a realității, a persoanei proprii și a altora. Un exemplu este programul de autoantrenament D. Meichenbaum, utilizat la hiperkinetici și la persoanele impulsive, în vederea creșterii atenției acordate calității performanței. Un punct cheie îl constituie în acest caz învățarea rezolvării problemelor.

f) **Orientarea profesională.** Aceasta se impune în cazul unei incompabilități adesea exprimate prin depresie, anxietate, fobii școlare sau profesionale, refuz de a mai frecventa un anumit loc de muncă. Solicitarea pentru reorientare profesională este realizată, de obicei, de persoana în cauză, dar adolescentul poate fi adus de familie. Reorientarea profesională tinde să fie o activitate curentă într-o societate dinamică, în care multe meserii dispar, există un grad ridicat de șomaj sau de insatisfacții profesionale.

Motivația prezentării la reorientarea profesională este mai complexă decât pare. Ea are importante componente afective, mai puțin raționale, ceea ce impune abordarea cazului din perspectiva specifică sfătuirii, fără a o exclude pe cea strict tehnică, de furnizare de informații și învățare și decizie.

După R. Nathan și L. Hill [1993] subiecții au nevoie să-și exteriorizeze trăirile, anxietatea trăită la serviciu, la școală sau cea produsă de situații nelegate de muncă: divorț, obligații familiale excesive, singurătate. Ei sunt copleșiți adesea

de sentimente de autoînfrângere paralizante, atât la serviciu cât şi în afara lui. După aceiaşi autori, printre temele aduse în discuţie se enumeră următoarele:

- dorinţa pentru o muncă mai interesantă, determinată de înaintarea în ciclul vieţii;
- problematica familială care afectează procesul muncii. Încărcarea nervoasă poate precipita o criză la serviciu, cu decizii pripite, nemotivate sau fugă;
- dificultăţile relaţionale în cadrul serviciului, conflicte de lungă durată care au devenit intolerabile în urma unui ultim incident;
- lipsa de promovare legată de slabele abilităţi interpersonale sau calificarea profesională insuficientă;
- nemulţumirea faţă de politica generală a întreprinderii, care ascunde neplăcerea de a fi controlat;
- dorinţa aparent raţională de retragere dintr-o profesiune;
- insatisfacţiile legate de conţinutul muncii, realizările carierei, lipsa de creativitate. Ele exprimă adesea o profundă lipsă de stimă de sine, reguli interne nerealiste;
- probleme legate de şomaj.

Orientarea profesională poate fi o **problematică obişnuită,** banală, întâlnită frecvent în raport cu o anumită vârstă, sex, statut social, calificare profesională, mentalitate, posibila existenţă a unui grad de disabilitate sau o **problematică specifică,** în care domină blocajele în maturizarea personalităţii, trăirile nevrotice şi altele. De exemplu, în Romania a devenit extrem de frecventă criza profesională a vârstei mijlocii, la muncitorii necalificaţi sau semicalificaţi şi fuga către pensionarea timpurie.

Intervenţia de orientare profesională presupune 3 faze. Faza iniţială, cea de screening, explorare şi de angajare în procesul terapeutic (contract) este urmată de faza de facilitare a înţelegerii clientului printr-o intervenţie de ascultare empatică, clarificare, efectuată pe principiile sfătuirii. Intervenţia se finalizează prin faza de acţiune şi de încheiere.

În general, clientului venit la orientarea profesională i se acordă multă putere şi i se dau multe sarcini, cum ar fi: căutarea activă de informaţii, pregătirea de teme etc. Deşi procesul de operaţionalizare a problemelor se efectuează în comun, este important ca el însuşi să ia deciziile, profesionistul având rolul limitat de a-l asista.

O reorientare profesională/şcolară de succes presupune frecvent conjugarea deciziei şi a acţiunii de angajare cu eforturile de recalificare, cu achiziţia de noi deprinderi profesionale. Creşterea valorii profesionale "de piaţă" a cuiva prin depunerea de eforturi proprii sistematice de lungă durată este destul de neobişnuită în ţara noastră, unde populaţia este grevată de pasivitate şi aşteptări nerealiste. Cei aflaţi în criză aşteaptă ca viitorul serviciu să se potrivească actualei calificări ce pare "bătută în cuie".

g) **Perfecţionarea şi adaptarea la noile situaţii** se realizează prin **utilizarea optimă** a resurselor existente. Pentru cei dezorganizaţi, obişnuiţi cu munca în asalt sau cei care, datorită lipsei de cunoştinţe, sunt nepregătiţi să facă faţă cerinţelor întreprinderii moderne, analiza procesului de muncă evidenţiază nevoia de planificare a activităţii, de stabilire a priorităţilor, de menţinere în atenţie a problemelor importante. Managementul timpului se efectuează prin ordonarea acţiunilor, introducerea de termene stricte, sprijinirea memoriei cu ajutorul agendei, tabelei de perete, aide-memoire şi altele, verificarea sistematică a respectării angajamentelor faţă de sine şi faţă de alţii.

Caz clinic

O tânără de 24 de ani s-a prezentat la consultaţie pentru tulburări de memorie. Ea avea o instrucţie elementară, a absolvit 8 clase elementare. A lucrat în străinătate şi a câştigat o sumă de bani pe care a investit-o cu succes în afaceri imobiliare. Având de reţinut numeroase nume, adrese, numere de telefon, datele întâlnirilor cu clienţii, ea s-a trezit că a început să facă greşeli, confuzii, că memoria o trădează. Neştiind că ele trebuie notate, ea încerca să menţină toate datele "în cap", prin memorizare pe dinafară. S-a recomandat utilizarea unei agende în care să se înscrie datele şi a unui calendar săptămânal cu ajutorul căruia să se efectueze planificarea întâlnirilor.

În general există o tendinţă de supraevaluare a posibilităţilor proprii şi de asumare exagerată a sarcinilor. De obicei, se realizează asimilarea a circa 30% din ceea ce s-a propus a fi învăţat, fapt care poate provoca dezamăgirea celui în cauză. Cam acelaşi lucru se întâmplă şi în producţie.

De aceea, la cei supraaglomeraţi ar trebui dezvoltată capacitatea de autoevaluare a forţelor proprii, a dimensiunilor sarcinilor asumate, de sesizare a obstacolelor reale. Din practicarea sistematică a unor exerciţii cu asemenea scop poate rezulta prudenţa, admiterea eventualităţii eşecului, a reuşitei parţiale, reajustarea în minus a dimensiunii obligaţiilor, acceptarea nevoii de a cere ajutor dinafară etc.

Pentru cei supraocupaţi se impune delegarea responsabilităţilor, adică de a preda altora efectuarea unor obligaţii puţin atractive, neplăcute pentru subiect, cum ar fi plata impozitelor, deplasarea pentru aprobări pe la autorităţi etc. Acestea riscă să fie amânate la nesfârşit, devin sursă de pagube, de autoînvinovăţire. Cei cu mentalitate de supermen sau factotum, adesea plasaţi în funcţii de conducere, trebuie să ţină seama de exploatarea la care sunt supuşi de către unii subordonaţi sau colegi care, sub masca solicitării ajutorului, raportării fiecărui pas, îşi declină responsabilităţile şi îi încarcă inutil. Oricât ar fi de cumsecade sau de săritor, un profesionist nu poate fi strict jucăria "evenimentelor". El trebuie să îşi creeze

timpul propriu, destinat acoperirii obligațiilor personale în care să gândească și să poată acționa cum crede de cuviință sau după consultări, fără presiune excesivă.

Caz clinic

Un tânăr de 35 de ani se prezintă pentru stări de cefalee, oboseală exagerată. Este absolvent a 2 facultăți și al unui curs de management și a devenit de 3 luni directorul economic al unei rafinării. Face naveta în fiecare zi. Se plânge că are sarcini grele la serviciu, este copleșit de audiențe, subalternii îl cer tot timpul ajutorul în rezolvarea obligațiilor lor de serviciu. A ajuns să primească până la 50-70 de persoane pe zi. De curând, directorul general i-a mai dat în sarcină și serviciul resurse umane.

Este totuși mulțumit de efortul pe care îl face pentru că ajută "oamenii" nefericiți, formați în perioada socialismului biruitor și care nu au reușit să se acomodeze cu noile sisteme de contabilitate, nu vrea să îi dea afară. Se decelează o importantă satisfacție de "om de bine", de samaritean. Nu întrevede nici o soluție pentru această situație care ar fi inerentă funcției, mai ales că, prin eforturile sale, departamentul pe care îl conduce merge bine.

Din analiza unei zile de muncă reiese dezorganizarea profundă a activității proprii, datorată lipsei concepției de șef. Secretara sa nu reprezenta un filtru pentru a reduce din numărul celor care solicită audiențe. Repetarea la nesfârșit a unor cereri de ajutor arată lipsa unor soluții durabile, ca organizarea perfecționării profesionale concomitent cu eliminarea celor care nu își pot îmbunătăți performanțele. Pentru audiențe de acest gen ar putea fi delegat un alt economist, urmând ca directorul să se ocupe de problematica de ansamblu a întreprinderii. Asigurarea timpului propriu depinde de planificarea contactelor, de crearea ferestrelor în care se poate lucra în liniște, asigurate de intervenția protectoare a secretarei. Cei care vin în audiență vor trebui să aducă cel puțin o soluție proprie pentru problema pusă în discuție. Domnul director a descoperit avantajele agendei săptămânale, prin care sunt planificate strict contactele cu exteriorul. De asemenea s-a sugerat adoptarea unei mentalități de "director" în care spiritul de samaritean are un loc modest în comparație cu grija pentru eficacitatea economică

Asigurarea echilibrului existenței printr-o repartizare judicioasă a timpului va permite menținerea unui randament normal al activității și o bună calitate a vieții, fără stimulente excesive, cafea, alcool sau muncă exagerată. Aceasta presupune obținerea unei viziuni optimiste asupra vieții, recunoașterea și renunțarea la ceea ce nu se poate realiza. De multe ori pentru profesioniști este necesar un curs de management care, prin abilitățile obținute, permite netezirea asperităților interpersonale, o bună organizare a muncii proprii și a altora și în final liniștea sufletească.

BIBLIOGRAFIE

Alberti R. E., Emmons M. L., "Your perfect Right: a guide to Assertive Living", Impact, San Luis Obispo, California, 1982.

Abelson R. P., Aronson E., McGuire W. J., Newcomb T. M., Rosenberg M. J., Tannenbaum P. H., "Theories of cognitive consistency", Rand McNally, Chicago, 1968.

Abraham K., "Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of the manic-depressive insanity and allied conditions" [1911], in "Selected Papers", Institute of Psychoanalysis, London, 1927, 137.

Alexander F., French T. M., "Psychoanalytic Therapy: Principles and Application", Ronald Press, New-York, 1946.

Alexander F., "Psychotherapie psychanalitique" PUF, Paris,1959.

Alexander G., "Eutonie. Ein weg der korperlichen Selbsterfahrung", 3 Aufl., Kosel, Munchen, 1978.

Ajuriaguerra de J., Cahen M., "Tonus corporel et relation avec autrui. L'experience tonique au cours de la relaxation", Rev. Med. Psychosom.1960, 2, 89. 8.

Allen T. W., Whiteley J. M., "Dimensions of Effective Counselling ", Merill, Columbus Ohio,1968.

Allport G. W., "Attitudes" in "Handbook of Social Psychology" (ed Murchinson C.M.), Clark Univ .Press., Mass, 1955.

Anthi P. R., "Reconstruction of preverbal experiences", J. Amer. Psychoanal. Ass., 1983, 31, 33-38.

Argyle M., "The psychology of interpersonal behaviour", Penguin Books, London, 1967.

Balint M., "The doctor, his patient and the illness", Pitman, London, 1964.

Bandura A., "Social learning theory", Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ., 1977.

Bandura A., "Aggression: A Social Learning Analysis", Prentice Hall, Englewood Cliff. N.J. 1973.

Bandura A., "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change", Psychological Review, 1977, 84, 191-215.

Barklay J. R., "Foundations of Counselling Strategies", John Wiley and Sons, New-York, 1971.

Barrett-Lennard G. T.,"The empathy cycle; refinement of a nuclear concept", J. Counselling Psychology, 1981, 28,91-100.

Basch M. F., "Doing psychotherapy", Basic Books, New-York, 1980.

Basch M.F., "Empathic understanding; a review of the concept and some theoretical considerations", J. Amer. Psychonal. Ass.,1983, 32, 101-136.

Beck A. T., "Cognitive Therapy and Emotional Disorders", International Universities Press, New-York, 1976.

Benson H., "Your innate assets for combating stress", Harvard Business Review, 1974, 52, 4, 49-60.

Benson H., "The Relaxation Response", Avon Books, New-York, 1975.

Berenson B. G., Mitchell K. M., Moravec J. A., "Level of therapist functioning, patient depth of self-exploration and type of confruntation", J. Counselling Psychol., 1968,15,136-139.

Berne E., "Transactional Analysis in Psychotherapy", Souvenir Press, London,1989.

**** "Benzodiazepines and Therapeutic Counselling - report from a WHO colaborative study", Springer, Berlin, Heidelberg, New-York,1988.

Berkovitz I. R., "School Interventions: Case Management and School Mental Health Consultation" in "Emotional Disorders in Children and Adolescents", MPT, Lancaster, 1980, 501-521.

Berman J. S., Norton D. C., "Does professional training make a therapist more effective?", Psychol. Bull., 1985, 98, 410-427.

Beutler L. E., Crago M., Ariemendi T. G., "Therapist variables in psychotherapy process and outcome", in" Handbook of psychotherapy and behavior change" (ed. Grafield S.I., Bergin A.E.), 3rd ed., Wiley, New-York., 1986.

Binswanger L., "Daseinanalyse und Psychotherapie" in "Ausgewahlte Vortrage und Aufsatze ", Band 2, Francke, Bern, 1955, 159-189.

Birk L., Birk A. V., "Managing emergencies in the practice of psychotherapy" in "Emergency Psychiatry: Concepts, Methods and Practices", (ed. Bassuk J, Birk A. V.), Plenum, New-York, 1984, 373-382.

Blanck R., "Countertransference in treatment of borderline patient" Clinical Social Work J., 1973,1, 10-117.

Blanck G., Blanck R., "Ego Psychology II; psychoanalytic developmental psychology", Columbia Univ. Press, New-York, 1979.

Boisvert J. M., Beaudry M., "S'affirmer et communiquer", Les editions de l'Homme, Toronto, 1979.

Bordin E. S.,"The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance", Psychotherapy, Theory, Research and Practice, 1979, 16, 3, 252-260.

Bowlby J., "Attachment and Loss: Loss, Sadness and Depression" vol. 3, Penguin Books, London, 1980.

Brautigam W., "Reaktionen, Neurosen, Psychopathien", 3 aufl. G. Thieme, Stuttgart, New-York, 1972.

Brammer L., Shostrom E., "Therapeutic Psychology: Fundamentals of Actualization Counselling and Psychotherapy", 2nd ed., Prentice Hall, Englewood, 1968.

Brehm J. W., "A theory of psychological reactance", Academic Press, San Diego, 1966.

British Association for Counselling "Definition of Counselling", BAC, Rugby,1989.

Bugenthal J. F. T.,"Psychotherapy and Process; The Fundamentals of an Existential- humanistic Approach" Adisson-Healey, Reading Mass., 1978.

Burnard P., "Coping with stress in the Health Professions", Chapman and Hall, London, 1991.

Burnard P., "Teaching interpersonal skills" Chapman and Hall, London, 1989.

Brown J. H., Brown C. S., "Systematic Counselling, Research Press, Champaign, Illinois, 1977.

Brown G. W., Rutter M., "The measurement of family activities and relationships; a methodological study" Human Relations, 1966, 19,241-263.

Buber M., "The Knowledge of Man: a philosophy of the interhuman," Harper and Row, New-York, 1966.

**** Centre de Psychologie de Crise, Hopital Militaire Rein Astrid, Bruxelles, 1996.

Caplan G., "Principles of Preventive Psychiatry" Basic Books, New York, London,1967.

Carkhuff R. R., "The Art of Helping", the 6th ed., Human Resources Development Press, Amherst, 1987.

Cattell R. B.,"The scientific analysis of the personality", Penguin, London,1965.

**** "La Charte du malade usager de l' hopital", Comite hospitalier dela CCE, Luxembourg,1979.

Cialdini R.,"Influence", Bussinessman/Albin Michel, Paris, 1984.

Ciofu C.,"Interacțiunea părinți-copii", ed 2-a, Ed. AMALTEA, București, 1998.

Cîmpeanu D., Ielcean D., Pugna I, "Dificultăți în interactiunea cu persoanele asistate", comunicare la XX Conferință națională de neuropsihiatrie, Reșița, 6-7 Octombrie,1995.

Cornelius H., Faire S., "Știința rezolvării conflictelor", Ed. Știință & Tehnică, București, 1996.

Cottreaux J., "Les therapies cognitives", Retz, Paris, 1992.

Covey S., "Eficiența în 7 trepte", ALL, București,1996.

Curran J. P., Wessberg H. W., "Assessment of social inadequacy" in Behavioral assessment of adult disorders" (D.H. Harlow ed.), Guilford, New-York, 1981.

Davanloo H., "Basic Principle and Technique in Short-Term Dynamic Psychotherapy", New-York, SP Medical and Scientific Books, 1978.

Dafinoiu I.,"Sugestie și hipnoză", Știință și Tehnică, București, 1996.

Dewey J.,"Experience and Education", Collier Mac Millan, London, 1971.

Dinkmeyer D. C., Pew W. L., Dinkmeyer D. C. jr., "Adlerian counselling and psychotherapy", Brooks/Cole, Monterey, 1979.

Dreikurs R., Cassel P., "Discipline without tears", Hathworn Books, New-York, 1972.

Dryden W., "Key Issues for Counselling in Action", Sage Publ., London, 1992.

Dubois P., "Die Psychoneurosen und ihre seelischen Behandlung", 2 Aufl. Francke, Bern, 1910.

D'Zurilla T. J., Goldfried M. R., "Problem solving and behavior modification", J. Abnorm. Psychol., 1971, 78,107-126.

D'Zurilla T. J., Nezu A., "A study of the generation of alternatives process in social problem solving", Cognitive Therapy and Research, 1980, 4, 73-81.

Egan G., "You and Me ", Brooks/Cole, Monterey, 1977.

Egan G., "The Skilled Helper ", 4 ed., Brooks/ Cole, Monterey, 1990.

Ellis A., "Reason and Emotion in Psychotherapy" Lyle-Stuart, New-York, 1962.

Erickson E.H., "Childhood and Society", Norton, New-York,1965.

**** "Essential treatments in psychiatry",WHO, Geneva, 1994.

Falloon I. R. H., Mueser K., Gingerich S., Rappaport S., Mc Gill C., Hole V., "Behavioural Family Therapy", Buckingham Mental Health Service, Buckingham, 1988.

Falloon I. R. H., Laporta M., Fadden G., Graham-Hole V., "Managing Stress in Families", Routledge, London, New-York, 1993.

Feifel H., Strack S., Nagy V. T., "Coping Strategies and Associated Features of Medically Ill Patients", Psychosomat. Med., 1987, 49, 616-625.

Feldman R. S.,"Social Psychology", Mc Graw Hill, New-York, 1985.

Ferenczi S. [1921],"Prolongement de la technique active" in Psychoanalyse 3, Payot, Paris, 1990.

Festinger L., "A theory of cognitive dissonance", Row & Peterson, New York, 1957.

Fong M., Gresbach Cox B.,"Trust as un Underlying Dynamic in the Counselling Process: How Clients Tests Trust" in "Key Issues for Counselling in Action" (Dryden W. red.) Sage Publ., London, 1992, 26-35.

Fortini K., Tissot S., "Pour une typologie des therapies a mediation corporelle" in "Corps et Psychotherapie" (GuImon J., Frederich- Muhlebach A.), Ed. Medecine et Hygiene, Geneve, 1997.

Foulkes L. F., Persons J. B., Merkel R. I., "The effects of patients beliefs about their illness on compliance in psychotherapy", Amer. J. Psychiatry 1986, 143, 340-344.

Frank J. D., "Persuasion and Healing", Schocken Books, New-York, 1969.

Frank J. D., "Therapeutic components shared by all psychotherapies in "Psychotherapy research and behavior change", (ed. Harvey J.H., Parks M.M.), Amer. Psychological Ass., Washington. D.C., 1982.

Frankl V., "Theorie und Therapie der Neurosen. Einführung in der Logotherapie und Existentzanalyse" 3 Aufl., Reinhardt, Munchen,1970.

Freud S. "Introduction a la psychoanalyse", Petite Biblioteque Payot, Paris, 1961.

Freud S., "L' interpretation des reves" PUF, Paris, 1989.

Freud S., "Inhibitions Symptoms and Anxiety", Hogart Press, Institute of Psychoanalysis, London,1971.

Friedmann M., Rosenman R., "Association of overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings", JAMA, 1959, 169, 1286-1296.

Fromm E., "The Crisis of Psychoanalysis", Fawcett, Greenwich Conn. 1971, 83.

Gambrill E.D., "Behavior modification. Handbook of assessment, intervention and evaluation", Jossey-Bass, 1977.

Gask L., Boardman J., Standart S., "Teaching communication skills: a problem based approach", Postgrad Education Gen. Practice, 1991, 2, 7-15.

Gask L., McGrath G., "Psychotherapy and General Practice", Brit. J.Psychiat.,1989, 154, 445-453.

Gask L., Mc Grath G., Goldberg D., Millar T., "Improving psychiatric skills of established general practitioners; evaluation of group teaching", Medical Education, 1987, 21, 322-368.

Gearheart B., "Learning disabilities; Educational strategies", Mosby. Saint Louis,1973.

Gearheart B., Weishahn M., "The Exceptional Student in the Regular Classroom", third ed., Times Mirror/ Mosby, St Louis, Toronto, 1984.

Gendlin E.T., "Focusing" 2nd ed. Bantam Books, New-York, 1981.

Gherman I., "Nevoile psihologice ale copiilor internați într-o secție de neuropsihiatrie infantilă și ale familiilor lor", lucrare de diplomă, nepublicat, București, 1994.

Gill M.M.,"Ego psychology and psychotherapy" Psychoanal. Quarter., 1951, 20, 62-71.

Gillieron E., "Manuel de psychotherapies breves", Dunod, Paris, 1997.

Glaser W., "Reality therapy" în "Modern Therapies" (V. Bender, A. Bender, B. Rimland ed.), Printice-Hall, Englewood Cliffs.1976, 62-64.

Glick I., Clarkin J., Kessler D., "Marital and Family therapy", third ed., Grune Stratton, New-York,1987.

Goldfried M.R., "Current status and future directions in psychotherapy" in "Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic and behavioral practice" (ed. Goldfried M.R.), Springer, New-York, 1982.

Goldstein A.H., Sprafkin R.P., Gershaw N.J., Klein P., "Skill-streaming the Adolescents", Research Press Company, Champaign, Il., 1980.

Greenwald H., "Decisiontherapy", Wyden, New-York,1973.

Greenacre P., "Reconstruction; its nature and therapeutic value", J. Amer. Psychonal. Ass. 1981, 29, 27- 46.

Gulmon J., Frederich- Muhlebach A., "Corps et Psychotherapie"- les psychotherapies a mediation corporelle", Ed. Medecine et Hygiene, Geneve, 1997.

Haldipur C.V., Dewan M., Beal M., "On fear in the countertransference", Amer. J. Psychotherapy, 1982, 36,240-7.

Halmos P., "The Faith of the Counsellors", Constable, London, 1965.

Hartman N., "Ego Psychology and the Problem of Adaptation", Int.Univ. Press, New-York, 1958.

Hargie O., Saunders C., Dickson D., "Social Skills in Interpersonal Communications", 2nd ed.,Croom Helm, London, 1981.

Harvey P. "Health Psychology", Longman, New-York,1968.

Hattie J.A., Sharpley C.F., Rogers H.J., "Comparative effectiveness of professional and paraprofesional helpers ", Psychol. Bull. 1984, 95,534- 541.

Hauck P., "Gelozia", Polimark, Bucureşti, 1991.

Heim E., "Stutz-therapie-neu-entdeckt? Pledoyer fur adaptative Psychotherapien", Psychother. med. Psychol.1980, 30, 261-273.

Hawton K., Salkovskis P.M., Kirk P., Clark D.M., "Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems", Oxford Univ. Press, Oxford, 1991.

Haynal A., Pasini W., Archinard N., "Medecine psychosomatique" 3 edition, Masson, Paris Milan, Barcelona, 1997.

Heron J., "Behavior Analysis in Education and Training" Hum. Potential Research, Guilford, 1975.

Heron J., "Six Category Intervention Analysis", 2nd ed. Human Potential Research, Guilford, 1986.

Hersen M., Bellack A.S., "Assessment of social skills" în "Handbook of Behavioral Assessment" (Ciminero AR., Calhoun K.S., Adams H.E.), Wiley, New-York, 1977.

Hoare P., "Essential Child Psychiatry", Churchill Livingstone, Edinburgh, London,1993.

Hoffman H. (ed.) "Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik", Hans Huber, Bern-Gottingen-Toronto-Seattle, 1998.

Holmes O.W. "The Poet at Breakfast" [1872] in "Oxford Dictionary of Quotations", Oxford University Press, 1979.

Holmes T.H., Rahe R.H., "The social readjustment rating scale" J. Psychosomat. Res. 1967, 11, 213-214.

Horney K. "The neurotic Personality of our Time", Norton, New-York, 1964.

Horowitz M., "Stress-response sindrome; posttraumatic and adjustement disorders", în "Psychiatry" (ed. Michels R., Cavenar J.O., Cooper A.M.) vol I, cap 41, J.B.Lippincott, Philadephia, 1987.

Iamandescu I.B., "Stressul psihic şi bolile interne", ALL, Bucureşti, 1991.

Iamandescu I.B.,"Psihologie medicală", ed 2-a, Infomedica, Bucureşti,1997.

Inskipp F., Johns H., "Principles of Counselling: Insight", BBC, London, 1984.

Ioanid I. "Închisoarea noastră cea de toate zilele", vol 1-3, Ed. Albatros, Bucureşti,1991-1992.

Ionescu G., "Psihologia actului terapeutic" in "Psihologia clinică" (red. G. Ionescu, M. Bejat, V.Pavelcu), Editura Academiei, Bucureşti, 1985.

Jacobson E., "Progressive Relaxation " Chicago Univ Press, Chicago, 1938.

Jacobson E., "Biologie des emotions; Les bases theoriques de la relaxation" E.S.F., Paris, 1970.

Janis I.L.,"Psychological stress" Wiley, New-York, 1958.

Jarousse N., "Les thérapies comportamentales et cognitives", Ellebore, Paris, 1996.

Jaspers K., "Allgemeine Psychopathologie" ed VII- a, Georg Thieme, Gottingen, Heidelberg, 1959.

Johnson D.W., Johnson F.P., "Joining Together: Group Theory and Group Skills", Allyn& Bacon, Needham Heights, Massachusets, 1993.

Jung C.G., "Analytical Psychology. Its Theory and Practice", Vintage Books, New-York,1968.

Kalish B.J., "Strategies for developing nurse empathy", Nursing Outlook, 1971, 19,11,714-717.

Kanfer F., Sanslow G., "Behavioral Diagnosis", in "Behaviour therapy appraisal and status" (ed. Franck C.M.), Mc Graw Hill, New-York, 1969, 2-16.

Kaplan H, Saddock B "Comprehensive Textbook of Psychiatry", ed. 6, Williams and Wilkins, Baltimore, 1992.

Kernberg O., "Notes on Countertransference", J.Amer. Psychoanal. Ass. 1965, 13, 38-56.

Kernberg P.P., "Psychological interventions for the suicidal adolescent" Amer. J. Psychoterapy, 1994, 48,1, 52-63, .

Kiesler C.A., "The psychology of commitment. Experiments linking behaviour to belief", Academic Press, New-York, 1971.

Kind H., "Psychotherapie und Psychotherapeuten", Thieme, Stuttgart, New-York, 1982.

King J., "A question of attitude", Nursing Times, 1984, 80, 45, 51-52.

Klar H., Frances A., "Countertransference in focal psychotherapy", Psychoterapy and Psychosomatics, 1984, 41, 38-41.

Knight R.P., "A critique of the present status of psychotherapies", în "Psychoanalytic Psychiatry and Psychology", Int. Univ. Press, New-York, 1954, 52-64.

Kolb D., "Experiential Learning", Prentice Hall, Englewood Cliffs, New-Jersey, 1984.

Kretschmer E. "Körperbau und Charakter", ed 24-a, Georg Thieme, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1961.

Kris A.O., "Free association; method and process", Yale University Press, New Haven, 1982.

Kuipers L., Leff J., Lam D., "Family Work for Schizophrenia", "A practical guide", Gaskell, Royal College of Psychiatrists, London, 1992.

Ladouceur R., Fontaine O., Cottreaux J., "Thérapie comportamentale et cognitive", Masson, 1992.

Langen D., "Psychotherapie", 2 Aufl., G.Thieme, Stuttgart, 1973.

La Taillade J.J., Jacobson N.S., "La thérapie comportamentale de couple", în "Panorama des Therapies Familiales" (ed. Mony Elkam), Seuil, Paris, 1995, 313-347.

Laussus R. de "L' analyse transactionelle", Marabout, Paris, 1991.

Lazarus R.S., Folkman S., "Stress, Appraisal and Coping", Springer, New-York, 1984.

Leff J., Kuipers L., Berkowitz A. "A controlled trial of social intervention in schizophrenic families", Brit. J. Psychiat.,1982, 141, 121-141.

Lemperriere T., (red) "L'urgence a entendre-crise et demande", GRAPP, Paris, 1991.

Lewin K., "Group decision and social change" in " Readings in social psychology" (Newcomb T., Hartley E ed.), Holt, New York, 1947.

Lewin K., "Brief encounters", Warren H. Green, Missouri, 1970.

Lewinsohn P.M., "A behavioral approach to depression" in "The psychology of depression" (Friedman R.M., Katz M.M.,ed.), Wiley, 1980, 157-185.

Lewitt E.M. "The Psychology of Anxiety", Staples, London, 1967.

Liberman R.P. "Rehabilitation psychiatrique des malades mentaux chronique", Masson, Paris,1988.

Lindemann E., "Symptomatology and management of acute grief" Am. J. Psychiatry, 1944, 101,141-144.

Lipkin R., "Intimacy and Confidentiality in psychotherapeutic Relationship", Theoretical Medicine, 1989, 10, 313-330.

Loughary J.W., Ripley T.M., "Helping others Help Themselves; A guide for Counselling Skills", McGraw Hill, New-York, 1979.

Luborsky L., "Principle of Psychanalytic Psychotherapy, A Manual for Supportive- Expressive Treatment" Basic Books, New-York, 1984.

Louwersheimer Fr., "Une equipe de consultation aide les professeurs s'il y a des problemes avec des etudiants", T.J.J., 1995, 7, 6-7.

Lowen A., "Bioenergetics", Scherz, Bern, 1976.

Malan D., "La psychotherapie breve", Payot, Paris, 1976.

Malone C.,"Family Therapy" in "Textbook of Child & Adolescent Psychiatry", (ed. J. Wiener), American Academy of Child Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington 1991, 605-611.

Manthei R.J., Mathews D.A., "Helping the Reluctant Client to Engage in Counselling" in "Key Issues in Counselling in Action", (red. W.Dryden), Sage Publ, London,1992, 37-44.

Maslow A., "Motivation and Personnality" 2-nd ed. Harper and Row, New-York,1970.

Matson J.L., Rotatori A.F., Helsel W., "Development of rating scale to measure social skills in children: The Matson evaluation social skills with youngsters" (MESSY), Behav. Res. Ther. 1983, 21, 4, 335-340.

Matson J.L., Esveldt-Dawson K., Kazdin A.E., "Validation of Methods for Assessing Social Skills in Children", J. Clin. Child. Psychol., 1983,12, 2, 174-180.

McDavid J.W., Harari H., "Psychology and Social Behaviour", Harper and Row, New-York, 1974.

McConkey R., "Working with parents", Brookline Books, Cambridge Massachusets, 1985.

McKinnon R.A., Michels R. "The psychiatric interview in clinical practice", W.B., Saunders, Philadelphia, 1971.

Mechanic D., "The concept of illness behaviour; culture, situation and personal predisposition", Psychol. Med., 1986, 16, 1-7.

**** "Mental Disorders in Primary Care", WHO, Geneva, 1998.

Meichenbaum D., Jaremko M.E., "Stress reduction and Prevention", Plenum Press, New-York,1983.

Meyer R. "Irupția trupului în psihoterapie" Ed. Răzeșu, Piatra Neamț, 1996.

Meyeroff M.,"On Caring", Harper and Row, New-York, 1972.

**** "Mic Dicționar Enciclopedic" ed. II, Editura Științifică și Enciclopedică, București, 1978, 778.

Michelson L., Sugari D., Wood R., Kazdin A., "Social Skills Assessment and Training with Children", Plenum Press, New-York, 1983.

Milea S., "Factori perturbatori ai interacțiunii precoce", a XXI Conferință națională de neuropsychiatrie infantilă, Tîrgu Mureș, Octombrie 1998, 148-155.

Moreau A., "Autothérapie assistée", Nuwelaerts et Frison- Roche, Beauvechian, Paris, 1995.

Mossak H.H., Dreikurs R., "Adlerian Psychotherapy" in "Current Psychotherapies" (ed.R. Corsini) F.E. Peacock, Itaca Ill. 1973.

Mutke P.H.C., "Selective Awareness" Celestial Arts, Milbrae Calif, 1976.

Mraz W., Runco M.A., "Suicide ideation and creative problem solving" in Suicide & Lifethreatening Behavior, 1994, 24, (1), 38-47.

Myers D.G., "Psychology", Worth Publ., New-York, 1988.

Nathan R., Hill Linda "Career Counselling", Sage Publ.London, 1994.

Nacht S., "Psychoanalytic therapy", in "Psychoanalysis today" (ed S. Nacht), Grune and Stratton, New-York, 1959.

Napier R.W., Gershenfeld M.K., "Making Groups Work: A guide for group leaders", Houghton Mifflin, Boston, 1983.

Nelson-Jones R., "Practical Counselling and Helping Skills" 2nd ed. Cassell. London, 1990.

Nelson-Jones R., "The Theory and Practice of Counselling Psychology", Cassell, London, 1991.

Novalis P., Rojcewicz S., Peele R., "Clinical Manual of Supportive Psychotherapy", American Psychiatric Press, Washington DC, London, 1993.

Nurse G., "What is counselling?" Midwife, Health Visitor and Community Nurse, 1978,14, 10, 352-355.

Oakley P., "Community involvement in health development" WHO, Geneva, 1989.

Oancea C., "Comportamentul social în România postbelică și consecințele sale în patologie", Revista română de psihiatrie, pedopsihiatrie și psihologie medicală", 1993, 1, 43-50.

Oancea C. "Abilitățile sociale factor cheie în resocializare" comunicare la a XX-a Conferință Națională de Neuropsihiatrie Infantilă Reșița, 6-7 octombrie 1995.

Oliver R.W., "Psychology and Health Care", Bailliere Tindall, London, 1993.

**** "The Oxford Illustrated Dictionary", 2nd ed., Clarendon House, Oxford, 1978, 672.

Paolino T.J., "Psychoanalytic psychotherapy; theory, technique, terapeutic relationship and treatability", Brunner/ Mazel, New-York, 1981.

Parloff M., London P., Wolfe B., "Individual Psychotherapy and Behaviour Change", Ann. Rev. Psychol. 1986, 37, 321-349.

Peabody S.A., Gelso C.J., "Countertransference and empathy the complex relationship between two divergents in counselling", J. Counselling Psychol. 1984, 29, 240-249.

Pease A., Garner A., "Limbajul vorbirii", Polimark, București, 1994.

Pease A., "Limbajul trupului " Polimark, București 1994.

Perls F.S., "Gestalt-Therapie in Aktion", Klett, Stuttgart, 1974.

*** "Petit Larousse en Couleurs", Libraire Larousse, Paris, 1972.

Polyani M., "Personal Knowledge", Univ .Chicago Press, Chicago, 1958.

Poole A., "Assertiveness", curs nepublicat, București, 1997.

Powell T.J., Enright S. J., "Anxiety and Stress Management", Routledge, London and New-York, 1990.

Predescu V., Niturad A., Oancea C. și colab.,"Metodologia depistării active a bolilor psihice într-o populație urbană" Igiena, 1974, 23, 351-359.

Predescu V., Oancea C., "Probleme generale de etiopatogenie a bolilor psihice" în "Psihiatria" (red. V. Predescu), ed 2-a, Ed. Medicală, București, vol I, 1989, 393-404, .

Predescu V., Oancea C., "Examenul psihic, somatic și neurologic" în "Psihiatria" (red. V. Predescu), ed. 2-a Ed Medicala, Bucuresti, vol I, 1989, 284-335.

**** "La protection des personnes atteintes de maladie mentale et amelioration des soins de sante mentale", ONU, A/46/621/ rezolutia X, 1990.

Raskin M., Johnson G., Rondesvedt J.W., "Biofeedback in medical practice", Arch. Gen. Psychiat., 1973, 28, 263.

Reid W.H., "Basic intensive psychotherapy", Brunner/Mazel, New-York, 1980.

Restian A., "Medicina cibernetică", Ed. Dacia, Cluj Napoca, 1983.

Roazen P., "The Eriksonian Therapy" in "The Psychotherapy Handbook", (ed. Herink R.), New American Library, New-York,1980, 181-183.

Roberts M., "Conflict-Management Style Survey" in "1982 Annual for Facilitators, Trainers and Consultants" (Pfeiffer J.E., Goodstein L.D. ed.), Pfeiffer & Company, San Diego, CA., 1982.

Roșca M., "Afectivitatea" in "Psihologie generala" (ed. A. Rosca), ed II-a, ed. Didactică și Pedagogică, București, 1976, 400-418.

Rivera de J.L.G., "Psychotherapie Autogene" în "Corps et Psychotherapie" (Red. Gulmon J., Fredenrich-Muhlebach A.), ed. Medecine et Hygiene, Geneve, 1997, 238-248.

Roberts A., "Juvenile justice. Policies, programs and services", Dorsey Press, Chicago,1979.

Robinson B., "Les gens qui en font trop", Logique, Montreal,1995.

Rogers C.R., "On personal power", Constable, London, 1978.

Rogers C. R., "Client-Centered Therapy ", Constable, London, 1987.

Rudolf G., "Die Struktur der Personlichkeit" in "Psychotherapeutische Medizin", (red. Rudolf G.), Enke, Stutgart, 1993, 55-83.

Roustang F., "Influence", coll. Critique, Editions de Minuit, Paris, 1990.

Rusk T.N., "Opportunity and Technique in Crisis Psychiatry", Comprehens. Psychiat. 1971, 12,3, 249-263.

Rusk T.N., Gerner RH., "A study of the process of emergency psychotherapy" Am. J. Psychiatry 1972, 126,882-886.

Ryle G., "Concepts of Mind" Peregrine, Hardmonsworth, 1949.

Sapir M. N., "La relaxation: son approche psychanalytique", Dunod, Paris, 1995.

Sartorius N., "Contemporary practices in drug prescription around the world", comunicare, a XVI-a Sesiune a Societății Danubiene de Psihiatrie, Praga, august 1994.

Schulman E.D., "Interventions in Human Services: a Guide to Skills and Knowledge", 3 rd ed., C.V. Mosby, St Louis, 1982.

Schultz J.H., "Das Autogene Training (konzentrative Selbstentspannung), 13 Aufl. Thieme, Stuttgart, 1979.

Schulte J.E., "Preventing medical malpractice suits. A handbook for doctors and those with them", Hogrefe and Huber, 1995.

Schultz J.H., "Das Autogene Training konzentrative Selbstentspannung, 13 Aufl. Thieme, Stuttgart, 1979.

Scott J., Williams J.M., Beck A., "Cognitive therapy in clinical practice", Routledge, London New-York, 1989.

Secord P.F., Backman C.W., "Social Psychology", Mc Graw Hill, New York,1964.

Seligman M.E.P., "Helplessness; on depression, development and death" Freeman, San Francisco, 1975.

Selye H., "Stress of Life", Mac Graw, New-York,1966.

Senten M., "Lignes a suivre pour une assistance telephonique", Korrelatie, Fracaritatis, Gand, 1998, nepublicat.

Satir V., "Conjoint family therapy", Science and Behavior Books, Palo Alto, California, 1967.

Shaw B.M., "Organisational Behavior and Human Performance", J.Personality and Social Psychology, 1976, 16, 27.

Sifneos P., "Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy", A Treatment Manual, Basic Books, New-York, 1992.

Singer E., "Key concepts in psychotherapy", 2nd ed., Basic Books, New-York, 1970.

Skinner B.F.," The Behaviour of Organisms", Appleton Century Crofts, New-York, 1938.

Small L., "The briefer psychotherapies", Brunner and Mazel, New-York, 1971.

Stafford-Clark D., "Supportive psychotherapy" in "The Psychotherapy Handbook" (red. R. Herink), New American Handbook, New-York, 1980, 641-644.

Stanton N., "Comunicarea", Știință și Tehnică, București, 1995.

Steiner R., "Eurithmy as Visible Speech", Anthroposofic Publ., London, 1955.

Stern D., "The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology", Basic Books, New-York, 1985.

Stokvis B., Pflanz M.,"Suggestion", S. Karger, Basel, 1961.

Stokvis B., "Lehrbuch der Hypnose" 2 Aufl., Karger, Basel,1965.

Strong S.R.,"Counselling: An interpersonal influence process", J. Counselling Psychol.,1968,15, 215-225.

Strupp H.H., "Psychotherapy research: Reflections on my career and the state of the art", J. Soc. Clin. Psychol., 1984, 2, 3-24.

Sundel M., Sundel S.S., "Behavior modification in the human services: a systematic introduction to concepts and applications" John Wiley, New-York, 1975.

Sullivan H.S.,"The illusion of personal individuality" Psychiatry, 1950,13,330.

Szalita A. B., "The use and misuse of empathy in psychoanalysis and psychotherapy", Psychoanal. Review, 1981, 68, 3-21.

Thomson E.A., Moody K.A., Eggert L.L., "Discriminating suicide ideation among high risk youth", J. School Health 1994., 64, 9, 361-7.

Todorov T.,"La vie commune", Le Seuil, Paris, 1995.

Tordjman R., "Sexualite au fil de la vie ", Hachette, Paris, 1993.

Truax C.B., Carkhuff R.R., "Toward Effective Counselling and Psychotherapy: Training and Practice", Aldine, Chicago, 1967.

Tschudin V., "Counselling Skills for Nurses", third ed., Bailliere Tindall, London, 1991.

Tyler M., "Advisory and counselling services for young peoples" HMSO, London, 1978.

Udriştoiu T., Niţurad A., Vasilescu N., "Aspecte ale morbidităţii prin boli psihice într-o populaţie urbană" comunicare la a IV-a Conferinţă Naţională de Psihiatrie, Bucureşti, 28-30 Oct. 1982, 224.

Vaillant G., "Adaptation to Life", Little Brown, Boston, 1977.

Vaughn C., Leff J., "The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients", Brit. J.Psychiat., 1976, 129, 125-137.

Velleman R., "Counselling for Alcohol Problems", Sage Publ., London, 1993.

Vriend J., Dyer W.W., "Counselling the reluctant client", J. Counselling Psychol., 1973, 20, 3, 240-246.

Watkins E., "Transference Phenomena in the Counselling Situation" and "Countertransference; Its Impact on the Counselling Situation" in "Key Issues in Counselling in Action" (red. W.Dryden), Sage Publ., 1992, 73-96.

Werman D.S.,"The practice of Supportive Psychotherapy", Brunner/Mazel, New-York, 1984.

Wertz D.C. "Ethical Issues in Application of Knowledge from Molecular Genetics to Mental Disorders" in" Genetic Approaches in the Prevention of Mental Disorders" (V. Bulyzhenkov,Y.Cristen, L.Prilipko ed.), Springer,Berlin, Heidelberg, New-York, 1990, 93-106.

Willkinson J.C.M., Latif K., "Common Neurosen in General Practice", Wright, Bristol, 1974.

Winnicott D.W., "Hate in countertransference", Int. J. Psychoanalysis,1949, 69-75.

Winnicott D.W., "Through Paediatrics to Psychoanalysis", Karnac Books, London, 1992.

Wollberg L.R., "Handbook of Short-term Psychotherapy", Thieme-Stratton, New-York, 1980.

Wolpe J., "The practice of Behavior Therapy", Pergamon Press, Oxford, 1973.

Woodcock M., Frances D.,"Unblocked Manager: a practical guide to self-development", Gower, Aldeshot, 1982.

Wright J., "Therapie du couple", in "Clinique de Therapie Comportamentale", (O. Fontaine, J.Cottreaux, R, Laduceur ed.), Pierre Mardaga, Bruxelles, 1989, 135-151.

Zimbardo P., "Psychology and Life", nineth ed., Diamond Printing, Glenville, Ill., 1979.

POSTFAŢĂ

Sfătuirea sau, în accepţiune internaţională, consilierea este o ocupaţie ce tinde să se extindă în mod nebănuit, datorită nevoilor de echilibru psihic, eficienţă şi succes social a numeroase categorii de persoane (inclusiv bolnavi) care se simt confruntate cu probleme pe care nu le pot depăşi singure. Esenţa sa, ajutorul, aşa cum este el conceput astăzi, capătă valenţe ştiinţifice, aproape tehnologice, păstrând totodată acea căldură reconfortantă menită să umanizeze, să îl apropie de sufletul celui suferind. A oferi un ajutor este o ştiinţă care poate deveni o adevărată artă în mâinile unui profesionist de calitate.

Cartea de faţă, consacrată unei ştiinţe aplicative prin excelenţă, aflată în plină dezvoltare, se adresează unei game largi de profesionişti ce lucrează în domeniul sănătăţii: medici, psihologi, asistente sociale şi medicale, celor din câmpul pedagogiei, al asistenţei sociale, al consilierii în general.

Prezenta monografie răspunde şi nevoilor de informare ale publicului care doreşte să-şi înţeleagă destinul şi propriile reacţii pentru ca, în final, printr-un plus de competenţă socială, în comunicare, în relaţiile umane, să se poată ajuta prin "el însuşi". Este visul fiecăruia dintre noi, într-o lume atât de complexă şi contradictorie.